



“DELIVERY UNIT EN RÍO TAMBO CONTRA LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL”

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Gestión Pública**

Presentado por

Sr. Martín Magnani Miranda

Sr. Diego Cornejo Ortiz

Sr. Pedro Insausti Castro

Asesor: Profesor José Díaz Ismodes

2017

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional; a nuestro asesor, José Díaz Ismodes, quien nos guió permanentemente durante el desarrollo de la investigación; al Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas, en especial al Contralmirante AP Francisco Bolaños Chavarri, al Teniente Coronel EP Julio Andonayre y a la Dra. Ofelia Carol Cernaque Miranda por el valioso apoyo durante el trabajo de campo.

Resumen ejecutivo

La reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) en el Perú ha tenido resultados halagadores en los últimos diez años: el promedio nacional se ha reducido de 28% en el 2005 a 13,5% en el 2016. Asimismo, en el ámbito rural se ha experimentado una reducción de 47,1% en el 2005 a 27,2% en el 2016 (INEI 2016), convirtiendo al país en un ejemplo a seguir a nivel internacional. Sin embargo, detrás de las estadísticas se esconde una enorme inequidad al momento de evaluar los resultados en las zonas más pobres del territorio, donde la DCI puede superar al 80% de la población infantil de un distrito.

Ese es el caso de Río Tambo, distrito ubicado en la selva central de la región Junín, habitado por una mayoría asháninka que representa más del 70% de la población total, donde los niveles de prevalencia de desnutrición son muy elevados a pesar de los esfuerzos que hacen los diferentes sectores para asignar recursos económicos y humanos para reducir los niveles de DCI que actualmente superan con creces el promedio nacional.

De esa manera, los Programas Estratégicos, los Fondos de Estímulo y los Programas de Incentivos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no han logrado obtener los resultados esperados; al igual que los programas sociales Juntos y Qaliwarma del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); así como los Planes Nacionales del Ministerio de Salud (MINSA). Por el contrario, los niveles de anemia, enfermedad asociada directamente con la DCI, experimentaron un alarmante incremento en los últimos dos años del anterior gobierno.

Por otro lado, el actual gobierno ha brindado sendas declaraciones manifestando su voluntad política para la reducción de la DCI a niveles menores del 6% para el 2021, anuncios que han estado acompañados por lanzamientos de nuevas estrategias y planes por parte del MINSA y el MIDIS que, lamentablemente, hasta la fecha, no han sido publicados para su análisis correspondiente.

En este contexto se desarrolla el presente trabajo de investigación, explorando los factores asociados a la implementación de la política pública contra la DCI en el distrito de Río Tambo, mediante una inmersión en el ambiente de investigación a través de entrevistas, opinión de expertos, observaciones en el campo y el análisis de estudios previos, así como de las experiencias exitosas registradas en localidades de similares características, con el objetivo de entender por qué los niveles de DCI permanecen tan elevados a pesar de toda la movilización de recursos por

parte del estado, y proponer la creación e implementación de una unidad de cumplimiento a nivel distrital, empleando para ello la metodología del “delivery unit”.

Esta metodología fue creada por Michael Barber para identificar los cuellos de botella que existen en la cadena de suministros del sector público que impiden la entrega eficiente de productos o servicios dirigidos a la ciudadanía, con el fin de articularlos con los procesos administrativos del Estado para corregir sus acciones en el camino y así conseguir mejores resultados (Bonifaz 2017).

Normalmente su implementación se encuentra directamente ligada al concepto de Centro de Gobierno, sin embargo, como se verá en el desarrollo del trabajo de investigación, también viene siendo empleada en niveles sub nacionales.

Resultado del esfuerzo señalado, el presente documento contiene una propuesta sobre la identificación de los factores más significativos que afectan la reducción de la desnutrición crónica en Río Tambo, así como una serie de actividades que podrían generar un cambio en su desempeño, y los actores que deberían participar en este proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, el valor adicional de este trabajo de investigación radica en la propuesta de crear e implementar una unidad de cumplimiento a nivel distrital que acompañe los esfuerzos de los sectores involucrados en la reducción de los altos índices de desnutrición crónica y anemia que afectan a la población del distrito de Río Tambo.

Índice

Índice de tablas.....	viii
Índice de anexos	ix
 Resumen ejecutivo.....	 iii
 Capítulo I. Introducción	 1
 Capítulo II. Planteamiento del problema y metodología de la investigación.....	 3
1. Planteamiento del problema.....	3
2. Preguntas de investigación.....	3
3. Objetivos de la investigación	4
3.1 Objetivo general	4
3.2 Objetivos específicos	4
4. Metodología de la investigación	5
5. Justificación de la investigación	5
6. Alcances y limitaciones	6
 Capítulo III. Marco teórico	 9
1. Marco conceptual de la lucha contra la DCI.....	9
1.1 Marco conceptual multicausal de Unicef.....	9
1.2 Aplicación del marco conceptual de la Unicef contra la DCI en el Perú.....	9
1.2.1 Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: “Incluir para Crecer”	9
1.2.2 Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014-2016.....	10
2. Estudios realizados en el Perú relacionados al trabajo de investigación.....	10
2.1 Problemas y barreras de acceso de la población a los servicios de salud	10
2.2 Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente	11
3. Apuntes sobre la revisión de la literatura en relación a la DCI en el Perú.....	12
4. La unidad de cumplimiento o delivery unit	12
4.1 Características de la unidad de cumplimiento.....	13
4.2 La implementación de unidades de cumplimiento a nivel internacional	14
4.3 La implementación de la unidad de cumplimiento en el Perú	15
4.4 Claves para el éxito de una unidad de cumplimiento.....	16

4.5 Componentes de la metodología para la implementación de una unidad de cumplimiento	17
Capítulo IV. Inmersión total en el ambiente de investigación: trabajo de campo	18
1. Actividades realizadas en el trabajo de campo	18
1.1 Talleres de seguimiento intersectorial.....	18
1.2 Intervenciones de salud en las comunidades nativas	18
1.3 Entrevistas de profundidad	19
1.3.1 Acerca de los entrevistados.....	19
1.3.2 Acerca de las preguntas de investigación	19
2. Apuntes sobre el trabajo de campo	35
3. Generación de la hipótesis	36
Capítulo V. Propuesta: Creación e implementación de una unidad de cumplimiento en Río Tambo	37
1. Paso 1: Desarrollar requisitos previos para la entrega	38
1.1 Definir la aspiración.....	38
1.1.1 Identificar si la aspiración existe previamente	39
1.1.2 Aclarar las aspiraciones existentes.....	39
1.1.3 Refinar o definir la aspiración si es necesario	40
1.2 Revisar la capacidad del sistema para cumplir con su aspiración.....	40
1.2.1 Entender el entorno del sistema	41
1.2.2 Análisis de la capacidad de entrega del sistema	42
1.2.3 Determinar las capacidades de entrega de la unidad de cumplimiento.....	43
1.3 Construir la unidad de cumplimiento.....	43
1.3.1 Diseñar la unidad de cumplimiento	44
1.3.2 Organizar y estructurar la unidad de cumplimiento.....	45
1.3.3 Construir la capacidad y la cultura de la entrega	45
1.4 Establecer una coalición poderosa	45
1.4.1 Identificar una posible coalición.....	45
1.4.2 Fomentar la confianza y alinear a los miembros de la coalición	46
2. Paso 2: Entender el desafío	46
2.1 Evaluar el rendimiento pasado y actual.....	47
2.1.1 Determinar los datos asociados a los factores de rendimiento.....	47
2.1.2 Organizar los datos disponibles para su análisis.....	47

2.1.3 Identificar patrones de rendimiento	47
2.2 Comprender los impulsores del rendimiento y las actividades del sistema	50
2.2.1 Identificar los impulsores de los patrones de rendimiento	50
2.2.2 Identificar y evaluar las actividades en relación a los impulsores	50
3. Paso 3: Planificar la entrega.....	53
4. Paso 4. Operativizar la entrega	54
5. Paso 5. Crear una cultura de entrega.....	55
 Capítulo VI. Análisis de la propuesta y condiciones previas para su implementación..	56
1. Preguntas de investigación.....	57
1.1 ¿Es viable, factible y posible la implementación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo para la reducción de la DCI?	57
1.2 ¿Cuáles son las condiciones previas que deben existir para la creación de una unidad de cumplimiento para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo?	59
 Conclusiones y recomendaciones	60
1. Conclusiones.....	60
2. Recomendaciones	63
 Bibliografía	64
Anexos	70
Nota biográfica	83

Índice de tablas

Tabla 1.	Alineamiento de metas contra la DCI en planes de desarrollo	39
Tabla 2.	Proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas	49
Tabla 3.	Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento (CRED) ..	49
Tabla 4.	Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento ferroso ..	49
Tabla 5.	Proporción de hogares rurales con saneamiento básico	49
Tabla 6.	Número de habitantes por personal médico	49

Índice de anexos

Anexo 1.	Marco conceptual de la Unicef sobre desnutrición infantil	71
Anexo 2.	Marco conceptual adaptado.....	72
Anexo 3.	Componentes de la metodología delivery unit	72
Anexo 4.	Entrevistas realizadas durante el estudio de campo.....	73
Anexo 5	Marco conceptual adaptado para la reducción de la DCI en Río Tambo	74
Anexo 6	Mapeo de actores.....	75
Anexo 7	Principales actividades del sistema.....	76
Anexo 8	Conformación de la unidad de cumplimiento.....	76
Anexo 9	Organización temática e interacción con el sistema	77
Anexo 10	Candidatos para ser miembros de coalición	78
Anexo 11	Métrica objetivo e indicadores principales de la DCI	79
Anexo 12	Comparación de rendimiento entre distritos.....	79
Anexo 13	Principales impulsores de los patrones de rendimiento.....	80
Anexo 14	Actividades del sistema traducidas en medios	81
Anexo 15	Cadena de suministro de la de la actividad “acceso agua y saneamiento”	82
Anexo 16	Mapa de entrega de la actividad	82

Capítulo I. Introducción

El presente trabajo explora los factores que impiden que una política pública reconocida como exitosa internacionalmente por lograr reducir significativamente los índices de Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en los niños menores de cinco años a nivel nacional en los últimos 12 años, no obtenga los mismos resultados en distintos distritos de la serranía o selva central, como es el caso particular para el presente estudio del distrito de Río Tambo, ubicado en la provincia de Satipo, Región Junín.

Esta política pública está acompañada por una asignación presupuestal que ha ido incrementándose progresivamente cada año; no obstante, los niveles de prevalencia de la desnutrición y la anemia en el distrito de Río Tambo se han mantenido con índices muy elevados sobre el promedio nacional, por lo que el problema no solo sería cuestión de insuficiencia presupuestal sino también de la forma cómo se ha implementado la política pública contra la desnutrición crónica infantil en esta región y cómo se han venido ejecutando las acciones establecidas para cada organismo involucrado.

Al respecto, la ministra Trivelli señaló lo siguiente: «[...] lo que impide la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Perú no es una falta de recursos, es no poder llegar con todo lo necesario al mismo tiempo y al mismo lugar» (Gamio 2012). En ese contexto nació la idea de la presente investigación, que se basa en identificar los factores por los cuales las tasas de desnutrición crónica permanecen con altos índices de prevalencia en Río Tambo, con la finalidad de proponer mecanismos que permitan articular los esfuerzos de los diferentes actores involucrados en dicha tarea.

No obstante, no se trata de una tarea fácil. La DCI en el Perú es un tema muy complejo, abarca una cantidad considerable de sectores e instituciones en todos los niveles del gobierno, razón por la cual contiene una extensa normatividad, la misma que establece la articulación como eje central de toda acción; además, necesita de la participación activa de la población afectada. Si ella no está comprometida en la solución del problema, toda acción o inversión por parte del Estado serán esfuerzos estériles. Por lo tanto, todo diseño de política pública, estrategias o planes de acción deben pasar previamente por un diálogo y consenso entre las autoridades y la población; en particular, cuando se trata de poblaciones indígenas y su excepcional manera de interpretar el mundo. Pero, a pesar que así lo establecen muchas normas y manuales que guían la manera de

estructurar servicios públicos de calidad, estos conceptos se quedan planteados en ideales sin llegar a aterrizar en el día a día del ciudadano común.

Por estas razones, el presente trabajo se sustenta en ideas, propuestas y en los sentimientos expresados por el poblador de Río Tambo y por los servidores y funcionarios públicos de las diversas instancias y niveles del Estado que trabajan directamente con ellos. Esta información ha sido recogida en el mismo distrito, entre octubre del año 2016 y febrero del presente año, mediante entrevistas de profundidad realizadas a más de 60 personas.

El trabajo de investigación se ha estructurado de la siguiente manera: en el capítulo I se presenta una visión general del problema. En el capítulo II se plantea el problema y se presentan las preguntas de investigación, así como el objetivo general y los objetivos específicos. Adicionalmente, se expone la metodología de la investigación, además de la justificación, alcances y limitaciones de la misma.

En el capítulo III se revisa la bibliografía necesaria para desarrollar el marco teórico que sirvió de guía para la recolección e interpretación de los datos durante el trabajo de campo, así como para la implementación de la propuesta basada en la metodología del delivery unit. En el capítulo IV se describen los resultados obtenidos en el trabajo de campo a través de las entrevistas en profundidad, observación y participación en talleres de seguimiento. En este capítulo se desarrollan parcialmente las preguntas de investigación que incluyen la identificación de actores por su importancia y trascendencia, así como la identificación de los factores que favorecen o desfavorecen las acciones del Estado en la reducción de la DCI.

En el capítulo V se genera la propuesta de crear e implementar una unidad de cumplimiento a nivel distrital para reducir la DCI en Río Tambo, para lo cual se efectúa el desarrollo metodológico en base al delivery unit tomando como insumo los datos recolectados y analizados del trabajo de campo. Posteriormente, en el capítulo VI se realiza un análisis de viabilidad, factibilidad y posibilidad de la propuesta; así como la identificación de las condiciones previas para su implementación, mediante la entrevista de expertos, cuyos resultados permiten abarcar las preguntas de investigación pendientes.

Finalmente, en las conclusiones y recomendaciones, se detallan el cumplimiento de los objetivos de la investigación, sus implicancias; así como una serie de recomendaciones para futuros trabajos de investigación.

Capítulo II. Planteamiento del problema y metodología de la investigación

1. Planteamiento del problema

Según los resultados del documento “Perú. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares)” del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2016), la tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional se ha reducido de 28% en el 2005 a 13,5% en el 2016. Asimismo, en el ámbito rural se ha experimentado una reducción de 47,1% en el 2005 a 27,2% en el 2016. Sin embargo, aún mantiene valores altos en zonas rurales y de mayor pobreza como es el distrito de Río Tambo en la provincia de Satipo, departamento de Junín, donde la tasa de DCI llega al 53%, según el Plan de Desarrollo Concertado de la localidad (PDCL). No obstante, existen fuentes periodísticas donde autoridades y representantes de los pueblos indígenas que habitan en el distrito señalan que la tasa de DCI alcanza el 80% en los niños de las comunidades nativas (CCNN) menores de cinco años (Diario Perú 21 2015).

En ese sentido, el problema consiste en identificar los factores que impiden que los niveles de DCI se reduzcan en el distrito de Río Tambo a comparación de otras regiones del país donde la misma política pública ha logrado avances significativos, con la finalidad de proponer la creación e implementación de una unidad de cumplimiento, basada en la metodología del delivery unit, que permita a las autoridades implementar acciones de reducción de la DCI.

2. Preguntas de investigación

A continuación, se presentan las preguntas principales de esta investigación divididas en dos partes diferenciadas; las siguientes preguntas corresponden a la fase previa al trabajo de campo:

- ¿Cuáles son los medios y las herramientas de gestión empleados actualmente en el distrito de Río Tambo para la movilización y articulación de recursos destinados a la reducción de la desnutrición crónica infantil?
- ¿Quiénes son los principales actores involucrados en las acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Distrito de Río Tambo?
- ¿Cuáles son los factores que favorecen y desfavorecen las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Río Tambo?

Posteriormente, luego de la recolección y el análisis de los datos en el trabajo de campo, se determinó la hipótesis del trabajo de investigación y se incluyeron las siguientes preguntas como parte de la validación de la propuesta.

- ¿Es viable, factible y posible la implementación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo para la reducción de la DCI?
- ¿Cuáles son las condiciones previas que deben existir para la creación de una unidad de cumplimiento para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

El objetivo de la presente investigación consiste en explorar la problemática de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Río Tambo, provincia de Satipo, departamento de Junín, con la finalidad de identificar los factores que afectan directamente su reducción, proponer una herramienta de gestión basada en la metodología del delivery unit que permita articular y gestionar la intervención del Estado en su objetivo de reducir los índices de la DCI.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar los medios y las herramientas de gestión empleados en el distrito de Río Tambo por los diferentes sectores y niveles de gobierno para la movilización y articulación de recursos destinados a la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- Identificar quiénes son los principales actores involucrados en las acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Río Tambo.
- Explorar los factores que favorecen y desfavorecen las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores para reducir la desnutrición crónica infantil en el distrito de Río Tambo.
- Explorar la viabilidad, factibilidad y posibilidad de la implementación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo.
- Identificar las condiciones previas que deben existir para la creación de una unidad de cumplimiento para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo

4. Metodología de la investigación

De acuerdo con Hernández *et al.* (2010), la metodología aplicada en esta investigación se realiza con un enfoque cualitativo-inductivo, bajo una lógica exploratoria y descriptiva. Se basa, principalmente, en métodos de recolección y análisis de datos no estandarizados ni predeterminados, empleando como fuentes a documentos, entrevistas y observaciones, con la finalidad de obtener e interpretar las perspectivas y puntos de vista de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean. En tal sentido, se recurrirá a muestras flexibles como son sujetos voluntarios y expertos. Asimismo, se emplearán las llamadas muestras de observación, entre las que destacan la muestra variada, de oportunidad, teórica, confirmativa y por conveniencia.

El diseño del estudio será de investigación-acción que se emplea para resolver problemas cotidianos mediante la mejora de prácticas concretas, y será del tipo participativo, ya que involucra a las personas interesadas en resolver el problema.

El presente trabajo se efectuará en la siguiente secuencia:

- Revisión de la literatura sobre los aspectos principales relacionados a las acciones para reducir la DCI con la finalidad de elaborar el marco conceptual pertinente, el cual servirá de guía para diseñar la hoja de ruta de la investigación.
- Estudio de campo que incluye la selección de la muestra entre los funcionarios públicos, servidores públicos, sociedad civil y población involucrada, con la finalidad de levantar información mediante el empleo de entrevistas. Asimismo, se recolectarán datos de las intervenciones del sector salud realizadas en la localidad y de la asistencia a los talleres de seguimiento y evaluación en marco del Plan Piloto Río Tambo del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas (CCFFAA).
- Finalmente, se efectuará el análisis de la información mediante la metodología del delivery unit con la finalidad de identificar los factores que afectan la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo y sustentar la viabilidad de crear una unidad de cumplimiento para ese fin.

5. Justificación de la investigación

La investigación es conveniente debido a que se enmarca en el Pacto Nacional para la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil, suscrito en febrero último entre el Gobierno Nacional y los gobiernos regionales, en el marco del tercer Gore Ejecutivo, que fue encabezado

por el presidente de la República, Pedro Pablo Kuczynski, que tiene como meta reducir la DCI en niños menores de cinco años del 13,5% actual a 6% para el año 2021. Sin embargo, si bien el promedio nacional puede bajar al nivel propuesto, este promedio esconde muchas inequidades, por lo que es importante encontrar mecanismos para que la DCI se reduzca significativamente en zonas rurales de extrema pobreza donde la prevalencia de la enfermedad es más alta.

Existen dos grandes motivos para reducir la DCI. Por un lado, se trata de un deber ético del Estado por las consecuencias que esta genera en el ser humano; asimismo, existe un factor económico que afecta el desarrollo del país. Sobre el primero, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO 2014) señala que los efectos acumulativos que acarrea la desnutrición infantil se heredan de una generación a otra; es decir, no solo limitan el ciclo de vida de cada persona, sino que afectan a su descendencia, perpetuándose así el ciclo de desnutrición y pobreza, afectando el desarrollo económico de un país.

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef 2008) señala que la carencia de micronutrientes como hierro, yodo y vitamina A, que provienen generalmente de frutas, hortalizas, legumbres, pescado y carne, aumenta los riesgos para los niños de padecer ceguera y retraso en el crecimiento, afectando el coeficiente intelectual y aumentando el riesgo de muerte.

En cuanto al aspecto económico, según un estudio publicado por Martínez y Fernández (2009), el impacto de la DCI en el Perú alcanzó el 3,0% del Producto Bruto Interno (PBI) en el año 2005, representando el 95% de estos costos las pérdidas de productividad ocasionadas por una mayor incidencia de muertes, pérdida de horas-hombre y menor nivel educacional. Añaden que la experiencia internacional indica que es más barato invertir en erradicar la desnutrición infantil en la región que sufrir sus consecuencias sociales y económicas. De igual manera, en un estudio realizado por Alcázar *et al.* (2013:569-74), la estimación de los costos de la desnutrición infantil a nivel nacional para el año 2011 equivale al 2,2% del PBI de ese mismo año, resaltando que los costos en productividad son los más importantes y representan el 2,0% del PBI.

6. Alcances y limitaciones

La presente investigación se circunscribe a la problemática de la DCI de los niños menores de cinco años que habitan en el distrito de Río Tambo; sin embargo, ha sido necesario recopilar datos en la ciudad de Satipo por la presencia en ese lugar de la Red de Salud, de la Unidad de Gestión

Educativa Local (UGEL) y de la Municipalidad Provincial, actores involucrados directamente en las acciones para la reducción de la DCI. Asimismo, se han efectuado entrevistas en la ciudad de Lima a funcionarios y servidores públicos del Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Cultura, entre otros. Cabe mencionar que la documentación y normas revisadas son aquellas que se han encontrado vigentes hasta diciembre del 2016.

En lo que respecta a las limitaciones que se han presentado durante la investigación, éstas se pueden encontrar en las mismas causas que generan las condiciones de pobreza en las áreas rurales; la primera, es el difícil acceso a la localidad objeto del estudio, tanto por el aislamiento y dispersión que sufren muchas de sus comunidades como por el nivel de violencia existente en la zona que la ha llevado a ser declarada en emergencia desde hace más de una década. Una segunda causa es la diferencia cultural, el llegar a conocer al otro; lograr un encuentro entre el Estado y las poblaciones rurales será un primer gran paso para la solución de los problemas que aquejan a las comunidades más alejadas y vulnerables de la sociedad peruana.

En ese sentido, cabe mencionar un artículo escrito por Webb (2016) para el diario El Comercio titulado “Navegando de Noche”, donde el autor se lamenta por el poco esfuerzo que se ha realizado en el Perú para conocernos como sociedad, creyendo siempre que ya nos conocíamos. Asimismo, critica la falta de reacción del Estado para anticipar circunstancias que han venido afectando al país en las últimas décadas.

En relación a la metodología empleada del delivery unit para la creación de una unidad de cumplimiento en la gestión pública, ésta ha sido recientemente incorporada a la Presidencia del Consejo de Ministros como parte de las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para la implementación del Centro de Gobierno, en consecuencia, los autores no han encontrado publicaciones o guías metodológicas que sirvan de referencia para alinear sus propuestas con el marco normativo vigente en caso se encuentre alguna discrepancia significativa, por lo que los lineamientos aquí presentados se remiten exclusivamente a la propuesta metodológica que recomienda el creador del delivery unit, sir Michael Barber, siempre dentro del rigor académico que demanda la elaboración de un trabajo de investigación.

Al respecto, con el fin de demostrar la adaptabilidad de la metodología como base para la creación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo, se ha desarrollado la misma de manera parcial, enfocándose en proponer una estructura organizacional con sus respectivas funciones, las relaciones funcionales con otras entidades del Estado en los diferentes niveles y el

diseño de una coalición de aliados que aseguren un desempeño óptimo en búsqueda de resultados tangibles.

Asimismo, se ha profundizado en la determinación de la aspiración principal del sistema, la métrica objetivo, los principales patrones de rendimiento negativo y los impulsores de estos patrones. Por razones de extensión de la investigación y por tratarse de un aspecto meramente operativo se ha tomado como ejemplo solo una de las actividades del sistema relacionada a un impulsor determinado, con el fin de demostrar el diseño de una cadena de suministros y la identificación de algunas intervenciones claves. Por lo tanto, no se ha profundizado en el desarrollo de las intervenciones, planes y estrategias correspondientes a cada actividad del sistema, por ser herramientas operativas que pertenecen a la etapa de implementación, cuyo diseño estaría a cargo de la unidad de cumplimiento una vez creada e instalada en el distrito.

Capítulo III. Marco teórico

En este capítulo se ha revisado la bibliografía pertinente para esbozar el marco teórico que sirvió para diseñar una hoja de ruta al momento de efectuar el estudio de campo; asimismo, ayudó a identificar conceptos claves para abordar la propuesta del trabajo de investigación mediante la metodología del delivery unit.

1. Marco conceptual de la lucha contra la DCI

1.1 Marco conceptual multicausal de Unicef

Según lo descrito en los Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica (Unicef 2008), la Junta Ejecutiva de Unicef aprobó en 1989 una estrategia de acción en nutrición que mostraba el origen multicausal del problema, y se basaba en un marco conceptual que distribuía los factores causales en inmediatos, subyacentes y básicos o estructurales (ver anexo 1). Desde ese entonces, resalta la publicación, el marco conceptual ideado es universalmente aceptado tanto por agencias de cooperación como por gobiernos e instituciones académicas, ya que supera el enfoque tradicional que limitaba el problema a un solo sector o nivel de gobierno.

1.2 Aplicación del marco conceptual de la Unicef contra la DCI en el Perú

1.2.1 Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: “Incluir para Crecer”

Diseñada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (Midis 2014a), la estrategia se ha estructurado priorizando grupos poblacionales en cinco ejes: (i) nutrición infantil, (ii) desarrollo infantil temprano, (iii) desarrollo de la niñez y adolescencia, (iv) inclusión económica y (v) protección del adulto mayor; los cuales se desarrollan sobre la base del ciclo de vida de las personas. De esta forma, se asegura que la población no quede marginada en ningún momento de su proceso de desarrollo individual.

Al respecto, en el eje de nutrición infantil, se elabora un modelo lógico similar al marco conceptual de Unicef, señalando que la incidencia de la desnutrición puede explicarse por diversos factores y determinantes sociales, como son el bajo peso al nacer, el estado nutricional de la madre y la inadecuada alimentación del niño. Sin embargo, la estrategia solo pone su máximo esfuerzo en la alimentación escolar, dejando de lado a los niños de 0 a 36 meses, la etapa

crítica de la desnutrición. Además, tiene componentes dedicados a obras de infraestructura menores a través del Fondo de Cooperación de Desarrollo Social (Foncodes) y del Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (Fonie), cuyas presencias no son significativas.

1.2.2 Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014-2016

Este plan abarca el vacío que deja la estrategia del Midis entre los niños de 0 a 36 meses. Se trata del documento principal para la reducción de la DCI en el Perú, y tenía como objetivo contribuir con la reducción de la DCI al 10% y la anemia en menores de tres años al 20%. Las metas programadas no se cumplieron, tal como se puede observar en la encuesta demográfica y de salud familiar del primer semestre del 2016 (Inei 2016). Al respecto, el Plan propone las siguientes estrategias de acción:

- Impulsar las intervenciones en base a la suplementación con hierro y ácido fólico a las gestantes; el corte tardío del cordón umbilical; la lactancia materna exclusiva; la alimentación complementaria y el lavado de manos con agua y jabón.
- Intensificar las intervenciones en los distritos de alta prevalencia de DCI y anemia.
- Seguimiento nominal de niñas y niños menores de tres años.
- Enfoque transversal de interculturalidad y género.

2. Estudios realizados en el Perú relacionados al trabajo de investigación

En esta sección se presenta, de manera resumida, una selección de estudios y trabajos de investigación relacionados a la DCI o a temas de salud en general, algunos realizados en el mismo distrito de Río Tambo y otros en localidades cuyas condiciones del entorno son similares a la zona en estudio.

2.1 Problemas y barreras de acceso de la población a los servicios de salud

En el informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre su misión al Perú en el 2004 (Naciones Unidas, Consejo Económico y Social 2005: párrafo 81) se puso énfasis en la enorme desigualdad en el acceso a los servicios y bienes sanitarios por parte de los pueblos indígenas, indicando que ello se debe –fundamentalmente- a barreras geográficas, culturales, económicas y lingüísticas. El relator señala que los pueblos indígenas enfrentan problemas como acceso limitado a los servicios de salud; falta de planes de atención de la salud culturalmente adecuados;

falta de centros de salud cerca de las zonas habitadas por las comunidades; discriminación, ausencia de servicios básicos, y contaminación del medio ambiente. Los mismos resultados, con pequeñas variaciones, pueden encontrarse en estudios posteriores realizados por:

- Informe Defensorial N°134, La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado (Defensoría del Pueblo 2008).
- Estado de salud y nutrición del niño en comunidades del Río Tambo 2008¹ (Cáritas del Perú y Repsol 2008).
- Informe presentado por la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales (UCPS), Dirección Nacional Del Presupuesto Público (DNPP) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2009).
- Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte (Román *et al.* 2014).
- Informe Defensorial N°169: La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural (Defensoría del Pueblo 2015).

Ante tales problemas, el relator recomendó al Estado peruano adoptar las siguientes acciones: tener en cuenta las necesidades, cultura y tradiciones de los distintos grupos étnicos en la elaboración de políticas públicas; además se debe sensibilizar a todos los profesionales de la salud respecto de la problemática de la etnicidad, la cultura y el género.

2.2 Desnutrición crónica infantil en el Perú: Un problema persistente

El estudio de Beltrán y Seinfeld (2009) presenta algunas estrategias a considerar para reforzar la estrategia nutricional en el caso peruano y proponen una modificación al marco conceptual de la Unicef sobre la DCI de acuerdo a la realidad y necesidades en nuestro país, donde los componentes dentro de los determinantes subyacentes han sido adaptados de las tres categorías originales (seguridad alimentaria, cuidado de las madres y niños, y calidad del ambiente sanitario) dando como resultado las cuatro categorías propuestas (vivienda segura, atención de salud, cuidador preparado y comunidad saludable) (ver anexo 2). En la presente investigación se considera que este aporte es valioso porque pone en relevancia la precariedad de las viviendas en las zonas más pobres del Perú y resalta la importancia de la preparación del cuidador, un aspecto central en la problemática de salud de Río Tambo.

¹ Cáritas del Perú en alianza con la empresa Repsol, presentan las líneas de base del proyecto Apoyo Repsol a las comunidades indígenas de las cuencas del Río Tambo, Estado de Salud y Nutrición del Niño en Comunidades del Río Tambo 2008 (Cáritas del Perú y Repsol, 2008).

En relación a la preparación del cuidador, en un estudio posterior, Beltrán y Seinfeld (2011:7-54) señalan que la educación de la madre es una variable clave para explicar la desnutrición: una madre más educada probablemente tendrá mejores prácticas de alimentación e higiene.

3. Apuntes sobre la revisión de la literatura en relación a la DCI en el Perú

Como se ha podido observar en las secciones anteriores, tanto la política pública como los documentos normativos que establecen las líneas de acción para la lucha contra los factores que impiden la reducción de la DCI en el Perú, así como las recomendaciones brindadas por diferentes organismos y estudiosos del problema nutricional, se encuentran alineados con un marco conceptual bien definido; a pesar de sus posibles adaptaciones, este marco conceptual recomienda una serie de acciones en todos los niveles del gobierno y sectores estatales involucrados en la lucha contra la pobreza y la desigualdad. Asimismo, recomienda alianzas con otros sectores de la sociedad para potenciar las capacidades y sinergias para la reducción de la DCI. Al respecto, se pueden encontrar algunas experiencias exitosas en el Perú en estudios realizados por Flores y Rojas (2007), Cáritas del Perú y Repsol (2008), y Mejía (2011).

En ese sentido, la información recabada en la revisión de la literatura fue contrastada durante el desarrollo del trabajo de campo con el fin de verificar si el marco conceptual propuesto por la Unicef y aplicado en nuestro país se adaptaba a las necesidades de Río Tambo; asimismo, era necesario confirmar si los factores que afectan positiva o negativamente la reducción de la DCI, extraídos del marco teórico, persistían o se replicaban en la localidad objeto del estudio. Por último, era necesario explorar cómo se venía implementando la política pública contra la DCI, traducida en estrategias, planes, programas y otras iniciativas estatales dirigidas a la articulación y coordinación entre los actores de los diferentes niveles del gobierno.

4. La unidad de cumplimiento o delivery unit²

De acuerdo con Hernández *et al.* (2010), en la investigación cualitativa con frecuencia es necesario regresar a etapas previas, y si bien existe una revisión inicial de la literatura, ésta puede complementarse en cualquier etapa del estudio. Al respecto, luego de la inmersión en el ambiente

²La unidad de cumplimiento recibe distintas denominaciones en Latinoamérica, entre ellas se pueden citar la unidad de entrega en Brasil o la unidad de cumplimiento en Chile y Perú. También es conocida por su denominación en inglés como delivery unit. Para todos los efectos, cuando la literatura revisada haga referencia a cualquiera de tales denominaciones, en el presente trabajo de investigación se empleará la expresión “unidad de cumplimiento”.

de investigación y del planteamiento de la hipótesis central del trabajo, fue necesario incluir en el marco teórico la metodología de la propuesta basada en el delivery unit.

El delivery unit o la unidad de cumplimiento o unidad de entrega, en su traducción más exacta, es una metodología creada por Michael Barber para identificar los cuellos de botella que existen en la cadena de suministros del sector público que impiden la entrega eficiente de productos o servicios dirigidos a la ciudadanía, con el fin de articularlos con los procesos administrativos del Estado para corregir sus acciones en el camino y conseguir mejores resultados (Bonifaz 2017).

Su implementación se encuentra directamente ligada al concepto de Centro de Gobierno que, de acuerdo con la OCDE (2016), se trata de la piedra angular de la gobernanza pública ya que asegura la toma de decisiones de alta calidad por parte del gobierno y coordina las acciones del mismo, manteniendo coherencia en el diseño e implementación de la política de gobierno. Si bien las estructuras de los centros de gobierno varían de acuerdo a la institucionalidad de cada país, se pueden identificar en su organización diversos tipos de unidades de apoyo, coordinación, asesoría y evaluación. Una de estas es la unidad de cumplimiento que es la responsable de la función de monitorear y mejorar el desempeño de la gestión pública en determinados aspectos (Alessandro *et al.* 2014).

4.1 Características de la unidad de cumplimiento

De acuerdo a Alessandro *et al.* (2014), el establecimiento de una unidad de cumplimiento tiene justificación cuando el Centro de Gobierno carece de una unidad que lleve a cabo un monitoreo de los compromisos presidenciales o que garantice la coherencia de las acciones y los objetivos estratégicos que se vienen ejecutando. Al respecto, según Barber (2011), el término delivery o entrega, se basa en un proceso sistemático para el diseño de un conjunto de rutinas y técnicas de resolución de problemas para superar las barreras e impulsar el progreso y así ofrecer resultados, tanto en el gobierno como en la sociedad. Refiere, además, que la entrega requiere persistencia, disciplina y rigor, ya que a menudo demanda la toma de decisiones valientes y difíciles que pueden afectar a las partes interesadas.

El mismo Barber (2015) recomienda llegar a entender la realidad en donde suceden las cosas y desde ahí comenzar a ajustar los planes. En ese sentido, se puede interpretar que una unidad de cumplimiento va a ser más valiosa y útil si opera desde el mismo corazón del problema y no desde niveles donde la poca comprensión del mismo haga inviable una solución más efectiva. En el

mismo orden de ideas se encuentra Shostak (2015) quien señala que se debe desarrollar la habilidad de comprender de manera detallada lo que realmente hacen los profesionales que se encuentran en la primera línea del problema (maestros, policías, funcionarios de impuestos, trabajadores de salud, etcétera) y, ante ese escenario, tener la capacidad de analizar tanto lo que funciona como lo que se interpone en el camino de un buen servicio.

En ese sentido, Shostak *et al.* (2014) señalan que entre las acciones más importantes que debe ejecutar una unidad de cumplimiento se encuentran la de enfocarse en mejorar los resultados en un número limitado de áreas prioritarias y desbloquear los obstáculos que impiden la entrega de buenos productos de manera oportuna. Asimismo, señalan que este enfoque también se ha adaptado a niveles sub nacionales y municipales por lo que no es exclusividad del gobierno central. Esa afirmación coincide con Barber (2011) quien presenta en su libro *Deliverology* 101 una serie de ejemplos de implementación dirigidos a universidades, hospitales colegios, ciudades y otras organizaciones donde los líderes quieran obtener mejores resultados.

4.2 La implementación de unidades de cumplimiento a nivel internacional

De acuerdo con Alessandro *et al.* (2014), luego que se estableció en el Reino Unido una unidad de cumplimiento durante el segundo mandato de Tony Blair en el año 2001, la percepción de éxito conllevó a iniciativas similares basadas en la misma metodología en diferentes partes del mundo. De esa manera, en el año 2003 se estableció la Unidad de Implementación del Gabinete de Australia (CIU) que hasta la fecha sigue funcionando con buenos resultados. Asimismo, esta tendencia se propagó a distintos países como es el caso de Indonesia que en el 2009 instaló la Unidad Presidencial de Monitoreo y Seguimiento del Desarrollo (UKP4), y de Tailandia, con la Oficina de Desarrollo del Sector Público, implementada el mismo año.

En América Latina, Ríos (2012)³ comenta acerca de la creación de la Unidad Presidencial de Gestión del Cumplimiento del Ministerio de la Presidencia de Chile en el 2010 y de los auspiciosos resultados que han obtenido durante su funcionamiento, basados en el enfoque a un grupo reducido de áreas de máxima prioridad, en la definición de metas concretas para cada eje de trabajo en línea con las aspiraciones del programa de gobierno, la determinación de responsabilidades y el monitoreo en base de indicadores objetivos, todo ello sobre una cultura orientada a resultados y a una comunicación constante con todos los actores claves.

³ Carlos Ríos es coordinador de la Unidad Presidencial de Gestión del Cumplimiento del Ministerio de la Presidencia de Chile.

En el caso de Chile, la unidad de cumplimiento no solo se ubica en el Centro de Gobierno sino que, además, se crean unidades de cumplimiento a nivel regional dependientes de la Dirección de Coordinación del Ministerio de la Presidencia. El mismo enfoque sub nacional se puede observar en la creación de la Unidad de Entrega de Proyectos Prioritarios (UEPP) del gobierno del Estado de Sao Paulo en Brasil creada en el 2013 para monitorear los procesos de planificación estratégica, los presupuestos por resultados y el desempeño del gobierno. Esta innovación institucional en los niveles sub nacionales no ha recibido mayor atención en la literatura sobre los centros de gobierno (Alessandro *et al.* 2014).

4.3 La implementación de la unidad de cumplimiento en el Perú

Según lo señalado por OCDE (2016) durante las sesiones del estudio sobre la gobernanza en el Perú, la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y el MEF presentaron de manera conjunta un modelo de organización para el fortalecimiento del Centro de Gobierno. Así, propusieron diseñar un mecanismo para la gestión de prioridades mediante la implementación de dos unidades que tengan relación directa con los ministerios: la primera, a cargo de la planificación estratégica, el manejo de crisis y la coordinación de políticas públicas; la segunda, denominada unidad de cumplimiento, tendría el objetivo de monitorear todo el ciclo de las políticas públicas.

Al respecto, a finales de noviembre del 2016, en el marco de la inauguración del CADE Ejecutivo, el premier Fernando Zavala anunció que desde el primero de enero del 2017 operará la Unidad de Cumplimiento de Gobierno dentro de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) (Diario Gestión 2016). Esta nueva organización sería la encargada de dar seguimiento a proyectos prioritarios del gobierno en aspectos de educación, formalización, infraestructura, agua y saneamiento, seguridad ciudadana, lucha contra la corrupción y salud; en este último sector se priorizarán temas relacionados a la desnutrición crónica infantil, la anemia y el tiempo de espera para acceder a una consulta.

Posteriormente, en enero del presente año, el jefe del Gabinete explicó que la mencionada unidad ya se encontraba implementada y tenía como funciones apoyar a la planificación y el cumplimiento de las metas; hacer el seguimiento y la evaluación de avances, monitoreo y reporte a los ministros, así como la construcción de capacidades en gestión con el fin de enfocar a la administración pública en el logro de resultados tangibles (Oficina de Prensa e Imagen Institucional [PCM] 2017). Asimismo, el titular de la PCM destacó la visita de Michael Barber, quien lideró la unidad de cumplimiento (delivery unit) durante el segundo gobierno de Tony Blair

en el Reino Unido, y llegó al Perú con la finalidad de asesorar y colaborar en la aplicación de esta nueva metodología (Embajada Británica, Lima 2017).

Una vez implementada la unidad de cumplimiento del gobierno, la PCM justifica su creación sustentando que esta nueva organización contribuirá a que las prioridades de Gobierno se cumplan de manera eficiente en beneficio de los ciudadanos; además, facilitará la articulación intersectorial e intergubernamental y fortalecerá el Centro de Gobierno. Asimismo, en dicho documento se señalan los principios rectores en la que desarrollará sus funciones, los mismos que se basan en planes de entrega prácticos, información oportuna y confiable, análisis riguroso orientado a la solución de problemas de gestión y la priorización de objetivos con metas específicas y medibles (Leguía 2016)⁴.

No obstante, es necesario contar con condiciones mínimas para que el desempeño de la unidad de cumplimiento no se vea influenciada por ciertas variables que vienen afectando otras iniciativas de articulación en el sector público. Al respecto, Beltrán y Chong (2017) señalan que en el Perú no existe una cultura de priorización, ni un plan estratégico nacional que informe en detalle qué se debe hacer. Añaden que la situación se agrava en las áreas rurales donde la desigualdad y la heterogeneidad son el mayor problema. Por lo tanto, proponen como primer elemento clave para el éxito de una unidad de cumplimiento en el Perú que se planteen metas localizadas en sectores, zonas geográficas o grupos poblacionales que, al menos, apunten a alcanzar la meta promedio nacional. Ambos autores sostienen que el nivel de desarrollo institucional del país es el segundo elemento clave para el éxito; para este fin, la unidad de cumplimiento debe ser una instancia independiente y con influencia transversal en los distintos sectores. Sin embargo, existen ciertas barreras para que esto ocurra como son la burocracia, la corrupción, órganos de control entorpecedores, sistemas de inversión y contrataciones poco eficientes, y por último, la falta de coordinación y alineamiento entre sectores y niveles de gobierno. En ese sentido, la implementación de una unidad de cumplimiento conlleva a realizar una serie de cambios y reformas estructurales complejas que deben basarse en el consenso y en asumir los retos necesarios para su consolidación (OCDE 2016).

4.4 Claves para el éxito de una unidad de cumplimiento

Para Kohli y Moody (2016), el fundamento para el éxito de una unidad de cumplimiento se encuentra en la mentalidad del grupo y en una cultura basada en las siguientes cualidades: rigor,

⁴ Juan José Leguía es gerente de Operaciones de la Unidad de Cumplimiento del Gobierno.

sustentado en el conocimiento de los datos y en su análisis para la creación de nuevas ideas; integridad, que es comunicar de manera honesta lo que realmente sucede y no perder la confianza de sus líderes; asociación, para solucionar problemas y vencer obstáculos en beneficio del proyecto ya que las unidades de cumplimiento no deben ser supervisores o entes disciplinarios; y por último, comunicación, capacidad para saber escuchar y hacer preguntas que inspiren a la solución de problemas, además de capacidad de síntesis para comunicar a los líderes de manera oportuna.

Por otro lado, Alessandro *et al.* (2014) recogen una serie de lecciones para aquellos países interesados en explorar modelos similares de coordinación y seguimiento, entre ellas se encuentran el evitar la duplicidad de funciones existentes en otras instituciones, articular protocolos de colaboración entre todos los actores, enfocarse en la consecución de resultados y el reporte público y detallado de los avances logrados, y por último, la negociación de intereses y valores afectados. Estos autores señalan que los factores claves que facilitan el éxito de las unidades de cumplimiento se centran en el nivel de empoderamiento otorgado por los niveles más altos del gobierno, la capacidad de establecer alianzas con las entidades responsables de elaborar el presupuesto y de efectuar la coordinación interna del gobierno, la credibilidad y confianza que refleje ante los equipos sectoriales, y la generación de valor agregado que justifique su existencia ante otras opciones disponibles (Alessandro *et al.* 2014).

4.5 Componentes de la metodología para la implementación de una unidad de cumplimiento

Como se ha mencionado anteriormente, la implementación de una delivery units o unidad de cumplimiento viene acompañada de una metodología particular creada por Michael Barber, quien señaló que si bien los pasos establecidos para desarrollar la idea se encuentran bien definidos no son necesariamente dogmáticos debido a que cada sistema enfrenta a un conjunto único de circunstancias y desafíos, siendo posible la adaptación del proceso sin desviarse de los principios fundamentales (Barber 2011).

De acuerdo al anexo 3, los componentes de la metodología se dividen en cinco pasos principales y en 15 secundarios; al desarrollar cada uno de estos se obtendrán una serie de productos o la información necesaria para la implementación y funcionamiento de la unidad de cumplimiento.

Capítulo IV. Inmersión total en el ambiente de investigación: trabajo de campo

1. Actividades realizadas en el trabajo de campo

Luego de la revisión de la literatura, se realizó un trabajo de campo que constó de diversas actividades realizadas desde el mes de agosto del año 2016.

1.1 Talleres de seguimiento intersectorial

En primer lugar, se participó en talleres de seguimiento intersectorial del Plan Piloto Río Tambo del CCFFAA, donde el Midis, a través de la Dirección General de Coordinación de Prestaciones Sociales, tomó el rol coordinador y articulador entre todos los sectores participantes y convocó a una serie de reuniones con el fin de formar mesas de trabajo intersectoriales que se distribuyeron en los siguientes temas: desarrollo productivo; seguridad; justicia; educación, y salud. Estos talleres significaron el primer contacto con el tema de investigación y se presentó la oportunidad de dialogar e intercambiar ideas con más de 40 funcionarios de los diferentes sectores del gobierno, sociedad civil y centros de estudio sobre temas relacionados al desarrollo de los lugares más pobres del país.

1.2 Intervenciones de salud en las comunidades nativas

En segundo lugar, se participó en intervenciones de salud en comunidades nativas de Río Tambo. Durante el mes de noviembre del año pasado los autores de la presente investigación tuvieron la oportunidad de intervenir en una acción social multisectorial en la CCNN de Poyeni donde participaron más de 150 personas de los diferentes sectores de Salud, Educación, Reniec, Cultura, Defensa, entre otros, durante casi 10 días. En esa oportunidad se entrevistó a más de 30 pobladores sobre los problemas que más los aquejan en su comunidad; ninguno identificó a la DCI o a la anemia ni siquiera como un problema menor, a pesar que los niveles de DCI en la localidad, según el jefe del puesto de salud, superan el 70% y los de anemia, el 80%.

Posteriormente, en febrero de este año se programó una intervención de salud en la comunidad asháninka de Kirishari donde habitan no más de 52 familias ubicadas a una hora por vía fluvial de Puerto Prado, la capital del distrito de Río Tambo. Asimismo, se visitaron los caseríos anexos, unos seis o siete, que no pasan de 10 familias cada uno; en esta comunidad se programó el control de talla, peso y vacunas que realiza el Puesto de Salud de Puerto Ocopa de acuerdo a un programa

anual ya establecido. Se incluyó a la promotora del programa Juntos del Midis para verificar el cumplimiento de las condicionalidades que exige el programa.

Aspectos de esta intervención que llamaron la atención de los autores de la presente investigación fueron los tarros de leche del Programa Vaso de Leche sin usar en algunas casas. Por otro lado, era notoria la sumisión de las madres ante la promotora de Juntos; parecen temer que cualquier error que cometan las llevará a perder ese beneficio. En un caserío cercano una familia no cobraba Juntos hace tres cuotas porque se les había perdido el DNI y no tenían dinero para viajar y tramitarlo, necesitaban S/ 75. En otro caserío había ocurrido el aparente secuestro de una niña de 13 años. La madre en su búsqueda desesperada había viajado a la ciudad dejando a cinco hijos a cargo de otra madre con siete hijos. Estas intervenciones demostraron cuán alejado se encuentra el Estado de las poblaciones más pobres, no solo físicamente, sino también emocionalmente.

1.3 Entrevistas de profundidad

Se realizaron entrevistas de profundidad guiados por el marco teórico de la DCI propuesto por Unicef, tratando de abarcar la mayor cantidad de aspectos relacionados a las causas inmediatas y subyacentes del modelo, buscando encontrar respuestas a las preguntas de investigación. Se contemplaron entrevistas semiestructuradas que, de acuerdo a Hernández *et al.* (2010), se basan en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. En relación a la muestra, se siguieron las recomendaciones de los autores citados para la indagación cualitativa, donde señalan que el tamaño de muestra no se fija a priori sino que se establece un tipo de unidad de análisis y, a veces, se perfila un número aproximado de casos.

1.3.1 Acerca de los entrevistados

En lo que respecta a los entrevistados, éstos provienen de diferentes sectores y organismos involucrados directa o indirectamente en la reducción de la DCI en los niveles nacional, regional y local. La relación de entrevistados se presenta en el anexo 4 del presente trabajo de investigación.

1.3.2 Acerca de las preguntas de investigación

Siguiendo la línea de la investigación las entrevistas tomaron como base parte de las preguntas de investigación propuestas en el capítulo II. Planteamiento del problema.

- Pregunta 1: ¿Cuáles son los medios y las herramientas de gestión empleados en el distrito de Río Tambo por los diferentes sectores y niveles de gobierno para la movilización y articulación de recursos destinados a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil?, y ¿de qué manera son empleados?** Al respecto, en el trabajo de campo realizado tanto en la provincia de Satipo como en el distrito de Río Tambo, no se han evidenciado acciones de articulación vertical y horizontal entre los diferentes organismos para la reducción de la DCI y la anemia en las comunidades nativas de la jurisdicción. En ese escenario, todo esfuerzo de coordinación y articulación se debe a funcionarios que, de manera espontánea, deciden realizar actividades dentro de su nivel y marco normativo; por tal motivo, al producirse una rotación de puestos en cualquiera de las entidades, los cuales son constantes, estas iniciativas se pierden y es más difícil volverlas a emprender. Incluso dentro de las mismas organizaciones, el planeamiento y las coordinaciones para su ejecución se realiza de forma encapsulada dentro de cada gerencia u organismo adscrito a la institución, originando que cualquier iniciativa presentada no sea respaldada o interiorizada por el resto del sistema. Con relación a lo señalado anteriormente una funcionaria de la Municipalidad de Satipo comentó: «[...] el gobierno regional quiere en cinco días conformar el comité multisectorial contra el DCI, nos reunimos, firmamos el acta, se archiva, y se cumplió, y no hubo más, se conforman con decir que se instaló el comité, pero de ahí nunca más nos los volvemos a ver. Y después sale un documento donde no participaste en su elaboración, con lineamientos que nadie los quiere cumplir porque no lo hiciste tú, y nadie se compromete».

Muchos de los entrevistados coincidieron en que a las reuniones de coordinación no asisten funcionarios con capacidad de decisión y, cuando las reuniones son continuas, nunca asisten las mismas personas, por lo que el resultado final no cuenta con ningún respaldo de las autoridades elegidas.

Sobre acuerdos que sí han llegado a concretarse, se encuentra el convenio entre la Municipalidad de Río Tambo y la Red Salud Satipo, concerniente a la implementación de 14 puestos de salud satélite, donde el gobierno local entrega la infraestructura y la dota con un técnico enfermero pagado por ellos, mientras que la Red Salud financia su funcionamiento y equipamiento. A la fecha, de los 14 puestos satélites acordados, se han implementado solamente cuatro en los dos años de vigencia del convenio.

Otros medios para la reducción de la DCI en el distrito están relacionadas al aspecto presupuestal, y se encuentran vinculadas al Presupuesto por Resultados (PpR). Por un lado, se tiene al Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI) que fue creado mediante Ley N°29332, que establece transferencias de recursos a las municipalidades por el cumplimiento de metas en un periodo determinado, entre ellas se encuentra el reducir la

desnutrición crónica infantil en el país. Normalmente, la Municipalidad de Río Tambo llegan a cumplir las metas semestrales que establece el MEF para ese periodo de tiempo; sin embargo, estas metas son tan variadas que no necesariamente el presupuesto recibido va dirigido a la reducción de la DCI, según lo manifestado por el gerente de Presupuesto del gobierno local mencionado.

Otro programa presupuestal dirigido a resultados es el Programa Articulado Nutricional (PAN), el cual comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre los diferentes sectores y en los tres niveles de gobierno, orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años. Este programa se encuentra estructurado bajo el marco conceptual propuesto por Unicef para la reducción de la DCI, y es uno de los programas estratégicos del MEF para la reducción de la pobreza.

El problema de articulación que existe entre la Red Salud Satipo y la Municipalidad de Río Tambo en la ejecución del PAN radica en la falta de comunicación que existe entre las entidades para coordinar las adquisiciones de equipamiento. Muchas veces el gobierno local efectúa compras innecesarias o se presenta dualidad de esfuerzo en el gasto por no consultar previamente a la Red de Salud.

Por otro lado, si se observa la estructura del presupuesto asignado al PAN para el presente año a nivel regional, se puede ver que sólo un 4% de los fondos se encuentran dirigidos al acceso de las comunidades a agua segura; el otro 96% se encuentra distribuido a aspectos asociados a la salud. En lo que respecta a proyectos de inversión, el 100% está destinado a infraestructura de salud; por lo tanto, se puede deducir que un programa que fue diseñado para reducir la DCI en todo el espectro de sus diferentes causales, como educación, saneamiento, acceso a alimentos nutritivos y salud, ha sido totalmente orientado a este último sector.

Otros medios a nivel local que no vienen cumpliendo un papel significativo, tal como lo expresan los funcionarios entrevistados, son los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC). En relación a los primeros, se les delegan demasiadas funciones y coordinaciones para un personal que no está bien capacitado y que trabaja sin un estímulo monetario (solamente reciben reconocimientos simbólicos). Ante esa situación no se les puede exigir rendiciones de cuentas de las gestiones o avances programados, ni tampoco horas mínimas de trabajo para el cumplimiento de las funciones establecidas en la normatividad vigente⁵.

En la actualidad, en Río Tambo solo existen cuatro ACS debidamente acreditados y capacitados, quienes laboran en las principales Microredes de Puerto Ocopa, Poyeni y Valle

⁵ Resolución Ministerial N°411-2014/Minsa que establece las Orientaciones para el Fortalecimiento de la Labor del Agente Comunitario de Salud (Minsa 2014).

Esmeralda. En la gran mayoría de CCNN donde no existe un ACS, éstos son reemplazados por los llamados promotores de salud, rol que muchas veces cumplen los jefes de Comunidad que no poseen la capacitación que la normatividad y las circunstancias exigen.

Sobre los CPVC, existe uno solo en Puerto Ocopa, financiado por la municipalidad. Trabaja en temas de capacitación y orientación a las madres en cuanto a nutrición y madres gestantes, pero su presencia no es significativa para el personal de salud que trabaja en la zona, quienes tienen un gran desconocimiento de las funciones y labores que cumplen tanto los ACS como los CPVC. Ante la consulta sobre el desempeño de estos actores, la mayoría manifiesta no verlos o no saber de ellos.

Por otro lado, en el marco de la estrategia Incluir para Crecer, se creó el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), a cargo del Midis y del MEF, con la finalidad de impulsar el logro de los resultados establecidos en aspectos como la DCI y la anemia. Al respecto, el gerente de Presupuesto de la Red Salud Satipo comentó que se encuentra normado que el empleo del FED solo es para cubrir la brecha de medicamentos y equipamiento, y no para otorgar bonos a personal por productividad, tal como lo interpretaba el personal de salud de Puerto Ocopa, situación que les creaba un malestar infundado por una falta de comunicación con el personal de la Red.

En relación a la UGEL-Satipo, el encargado de la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) comentó que no han establecido ningún espacio de coordinación y articulación con el sector salud para dictar charlas o asesoramiento a los maestros y alumnos sobre temas como la educación sexual y el embarazo adolescente, quedando éstas a discreción de los profesores o directores de los colegios.

Uno de los documentos más importantes para lograr la participación de todos los sectores en beneficio de la comunidad es el Plan de Desarrollo Concertado del Distrito. De acuerdo al Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan 2012), el Plan Estratégico de Desarrollo Concertado (PDC) Regional o Local es un instrumento de planificación estratégica que se elabora participativamente y constituye una guía vinculante para la acción de las entidades del Estado y un marco orientador para la acción del sector privado.

Al respecto, en la elaboración del PDC del distrito de Río Tambo existe la intención de seguir con la metodología propuesta por el Ceplan; sin embargo, se encontraron una serie de errores metodológicos que limitan el cumplimiento de sus objetivos, por lo que es recomendable reformularlo y elaborar un documento realmente participativo con la intervención de todos los sectores.

Como se ha podido observar desde el nivel regional hasta el distrital, los principales actores involucrados para este fin no han establecido espacios de coordinación y dialogo necesarios

para articular una estrategia que desde su marco conceptual define claramente que debe ser intersectorial y multisectorial. Asimismo, la Red Salud Satipo, la UGEL y los gobiernos locales no han institucionalizado mecanismos que permitan aprovechar las capacidades y recursos que cada uno posee, con el fin de evitar la duplicidad de esfuerzos o la sobrecarga de responsabilidades.

- **Pregunta 2: ¿Cuáles son los factores que desfavorecen las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores para la reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Río Tambo?** Si se toma como referencia el contenido del capítulo III, Marco conceptual, de la presente investigación y se compara con las condiciones que hoy se viven en Río Tambo, se encontrarán muchas similitudes en las carencias y en la precariedad de los servicios básicos que ofrece el Estado a pesar que ha pasado más de una década en algunos casos. Para fines de un mejor entendimiento se han adaptado las respuestas en cuatro categorías que, en algunos aspectos, pueden ser transversales o estar vinculadas entre sí.

- Factores geográficos. Como se ha visto en el informe del MEF (Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales [UCPS], Dirección Nacional Del Presupuesto Público [DNPP], Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] 2009), la dispersión y el aislamiento de las comunidades indígenas son un desafío para la oferta de atención de salud que tiene que hacer equilibrios entre una distribución eficiente de los establecimientos de salud y un trabajo itinerante, extramural y comunitario de primer nivel de atención.

En las entrevistas realizadas tanto al personal de salud como a las autoridades y población en general, sorprendió que la dispersión y el aislamiento no fueran mencionados de forma recurrente como una barrera importante en la reducción de la DCI, a comparación de otros factores. Los autores consideran que es una realidad que han asumido y que es parte de su quehacer diario. En el caso del personal de salud, el cumplimiento de sus visitas quincenales programadas a los diversos poblados parece zanjar esa barrera. Sin embargo, no todas las comunidades son visitadas dos veces al mes como lo recomienda la normatividad para estos casos (Minsa 2011), ya sea por motivos presupuestales o por la carencia de personal de salud. Al respecto una trabajadora del puesto de salud Puerto Ocopa relató lo siguiente: «De mis nueve comunidades tengo seis con controles constantes, las demás se internan en el monte dependiendo de la fecha. ¿Eso afecta? Sí, porque llevamos una curva de crecimiento mensual, pero si se van dos meses perdemos el control, normalmente se van a sitios donde las condiciones de vida son peores y se pueden enfermar de diarrea o cosas así y no estamos nosotros».

En el caso de la población indígena, en las entrevistas demostraron preocupación sobre la dispersión y el aislamiento solo cuando se presenta una enfermedad grave o una

emergencia que los obligue a viajar largos trechos en busca de un puesto de salud. En ese sentido un jefe de comunidad comentó lo siguiente: «A veces las mamás tienen que trasladarse hasta un centro de salud que está lejos varias veces en un mes. Las visitas del puesto de salud son cada 15 días, pero son insuficientes, los niños se enferman de diarrea u otras cosas y los varones le echan la culpa a la mamá».

En lo que respecta a las atenciones dirigidas a la reducción de la DCI, las madres acuden a los controles por ser una condicionalidad del Programa Juntos, que incluyó este beneficio a la totalidad de poblaciones indígenas del área de Río Tambo (Midis 2014b), y no aparentemente por la convicción de que los controles de crecimiento y las vacunas vayan a mejorar las condiciones de salud de sus hijos.

Al respecto, no cabe duda que la dispersión y el aislamiento geográfico de las comunidades son barreras considerables para el logro de la reducción de la DCI en el distrito, no solo por la falta de accesibilidad de la población a los servicios de salud sino también porque está vinculada directamente a las barreras económicas que afectan al poblador para trasladarse desde sus comunidades hasta la ciudad y al encarecimiento en la distribución de los insumos y material médico en toda el área de responsabilidad de la Red de Salud. En ese sentido, el jefe de Presupuesto de la Red Salud Satipo comentó: «[...] atender a Río Tambo es más caro por la distancia. Solamente llevar los medicamentos hasta allá implica un costo adicional, hay que contratar motorista, mecánico y la gasolina, esos gastos no están considerados, solo te entregan por medicamentos y el contratista te lo entrega en la Red, eso significa que del 100% de dinero que me entregan para un fin se tenga que distraer montos por costo de traslado».

En relación al factor de dispersión, los autores tuvieron una experiencia contradictoria en las intervenciones de salud en las que participaron. Mientras que la CCNN de Poyeni tiene un grado de dispersión elevado ya que se encuentra a ocho horas por río hasta Puerto Prado, capital del distrito, la CCNN de Kirishari se encuentra a menos de una hora del mismo lugar; sin embargo, el porcentaje de anemia en los niños de 0 a 5 años de Poyeni (70%) es mucho menor que el de Kirishari (90%). Al respecto, se trató de determinar cuáles serían las causales probables de esta situación.

La primera diferencia que saltó a la vista entre las dos comunidades era el grado de aglomeración y orden que existía entre ellas: mientras la CCNN de Poyeni, con casi 1.700 habitantes, se encontraba organizada en viviendas contiguas alrededor de una plaza principal, la CCNN de Kirisahri apenas llega a los 300 habitantes y las viviendas de sus 52 familias se encontraban dispersas sin un orden específico. Asimismo, el poder adquisitivo de los habitantes de ambas comunidades claramente favorecía a Poyeni. Estas

diferencias en la aglomeración y dispersión entre ambas comunidades apoyan de cierto modo la hipótesis de Webb (2013) quien señala en un estudio que la dispersión geográfica y la aglomeración espacial influyen en la productividad familiar: «Del análisis se desprende que el efecto de la aglomeración espacial y de la dispersión geográfica sobre la productividad es estadísticamente significativo y relativamente importante para explicar los bajos niveles de productividad. Se encontró que esta influencia es significativamente mayor cuando se evalúan los efectos sobre la población más dispersa y menos aglomerada».

En el caso de las CCNN de Poyeni y Kirishari el factor aglomeración parece marcar la diferencia para una mayor productividad y, por consiguiente, un mejor acceso a alimentos con mayor valor nutricional. Por otro lado, la dispersión -es decir, la distancia y tiempo entre estas comunidades y la capital del distrito- no parece ser tan significativa como la calidad de los servicios que presta el Estado o la empresa privada en esas zonas.

La mayor aglomeración de la CCNN de Poyeni ha permitido a esa comunidad nativa contar hoy en día con luz mediante grupo electrógeno, y comunicación celular mediante paneles solares. La llegada de infraestructura vial y educativa, así como de proyectos de agua y saneamiento solo es cuestión de tiempo, de acuerdo a lo que indicó la gerencia de Desarrollo Social del distrito.

Al respecto, si bien es cierto el problema de la desnutrición y de la anemia son de origen multicausal, muchas veces se había encontrado el argumento que la lejanía de las comunidades impedía al Estado estar presente para brindar servicios de calidad a los ciudadanos; no obstante, los niveles de anemia y DCI también son significativos en localidades donde la representatividad del Estado es considerable como es el caso de Puerto Prado, capital de Río Tambo, y Puerto Ocopa donde se encuentra el centro de operaciones de la micro red de salud. Esta situación lleva a la siguiente reflexión: de muy poco sirve implementar toda una arquitectura estatal de servicio si esta no logra ofrecer servicios de calidad a la población.

- Factores económicos. En las entrevistas realizadas existe un gran consenso en que la problemática principal que origina y mantiene la prevalencia de la DCI y la anemia se relaciona con los niveles de pobreza extrema en que se encuentra la población indígena de Río Tambo, lo que influye en dos aspectos principales: la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de acceso a alimentos nutritivos que, a su vez, son influenciados negativamente por factores sociales relacionados a la contaminación, depredación de recursos, explosión demográfica y costumbres alimenticias poco saludables. Por otro lado, en lo que respecta al Estado, el factor económico afecta la provisión de servicios básicos

de calidad como infraestructura de luz, agua y saneamiento, infraestructura vial y productiva, condiciones de trabajo dignas para el personal de salud y una oferta educativa de calidad, entre otros. Estos aspectos serán tratados con mayor profundidad dentro de los factores institucionales.

En lo que se refiere a las barreras para el acceso a los servicios de salud, se ha constatado durante el trabajo de campo en la zona objeto de estudio que continúan las condiciones que la Defensoría del Pueblo (2008) informó hace casi 10 años, donde las dificultades financieras de la población les impiden trasladarse en busca de servicios de salud. Por su parte la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales (UCPS *et al.* 2009) señala que estas barreras se traducen también en limitaciones en la oferta de servicios de salud en la medida que el personal de salud no dispone de los recursos logísticos y financieros para trasladarse a las comunidades indígenas o nativas e implementar una oferta extramural o itinerante. Al respecto, esta situación parece haber mejorado en los últimos años en Río Tambo. Durante las entrevistas realizadas, ningún personal de salud se quejó por haber gastado de sus propios ingresos para solventar alguna actividad extramural; asimismo, mencionaron que la disponibilidad de combustible era suficiente para realizar las visitas programadas.

En lo que concierne a la falta de acceso a alimentos nutritivos, hoy en día es más difícil conseguirlos mediante la caza y la recolección debido a la deforestación, a la contaminación de las aguas de los ríos, tanto por minería ilegal como por el narcotráfico, así como por la expansión urbana. La única forma de reemplazarlos es adquiriéndolos en el mercado local; sin embargo, la disponibilidad de recursos económicos en una población que carece de medios productivos es casi imposible. Al respecto un jefe de Comunidad señalaba lo siguiente: «Antes en las comunidades nos alimentábamos naturalmente pero hay mucha contaminación, ya no hay recursos nutritivos, animales y peces, te demoras mucho para pescar y cazar. Antes cazabas más, en vez de eso comemos fideo, atún, ya hay un cambio nutricional, anteriormente nuestros abuelos eran macetosos nosotros no». Las otras formas en que los pobladores de bajos recursos logran obtener medios económicos es mediante el programa Juntos, trabajos temporales como peones donde los salarios son muy bajos, o vendiendo algún producto que hayan cosechado, también a precios exiguos, aunque la obtención de dinero no garantiza necesariamente que vayan a adquirir alimentos nutritivos, tal como lo menciona un personal de salud: «Juntos capta madres gestantes y niños, pero la gente no invierte bien el dinero, compran su olla para el masato, sal, gaseosa, galletas y ropa, no llevan menestras ni arroz».

- Factores sociales. En esta categoría, entre otros factores, se han incluido principalmente los temas culturales y el nivel de educación de la población, ambos aspectos que muchas veces son tratados por el personal de salud y por otras autoridades como un solo problema pero, al enmarcar ambos dentro del aspecto cultural, se piensa que son condiciones inalterables. Para los autores de la presente investigación esa percepción es equivocada porque hay problemas que sí pueden ser resueltos con educación sin la necesidad de ir contra la cultura de las poblaciones indígenas.

En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas, especialmente entre las mujeres; a eso hay que sumarle las consecuencias que la desnutrición crónica tiene en el desarrollo cognitivo. Además, toda esta problemática se encuentra enmarcada en una cosmovisión particular de cada pueblo originario, que obliga a repensar las estrategias comunicacionales que se deben implementar para llegar con un mensaje que sea aceptado por ellos.

En las entrevistas realizadas al personal de salud, a las autoridades municipales y de educación, la respuesta ha sido casi unánime en relación a que los principales factores por los cuales la DCI y la anemia no se reducen son por la cultura y la falta de capacitación de los pobladores indígenas; y que estos factores son transversales a aspectos tales como la alimentación, planificación familiar, embarazo adolescente, cuidado de los hijos, higiene y todos aquellos cuyo su sistema de costumbres y creencias no comulgue con el preponderante.

Asimismo, se ha verificado que continúan existiendo prejuicios contra el indígena por parte de personal de salud que proviene de otras zonas del país, que los tratan con adjetivos peyorativos. Esta situación puede originarse por la frustración del personal que no encuentra una contraparte, o que no siente una respuesta positiva del poblador indígena al esfuerzo que realiza diariamente. En estas condiciones es difícil establecer lazos de confianza entre los pobladores y el Estado. Un técnico enfermero comentaba: «Nosotros como personal de salud le enseñamos, pero ellos no ponen más énfasis, no podemos estar todos los días a su costado para que le den los nutrientes. Sí los incentivamos, pero la persona debe poner de su parte».

En cambio, existe personal de salud que tiene otra visión y forma de ver las cosas en relación a la falta de comunicación que hay entre ellos y los pobladores indígenas: «Nosotros queremos que la población se adapte a nuestra forma de ser y pensar, a cómo nos han formado en la universidad pero no nosotros adecuarnos a su cultura y desde ahí tratar de hacerlos cambiar sus estilos de vida. En la universidad te forman diferente a lo

que es la realidad, es como una burbuja y cuando sales es distinto. Si no te puedes adecuar sufres mucho».

En todo caso, muchos de los involucrados por parte del Estado parecen haber encontrado en la cultura la respuesta a la falta de resultados en la reducción de la DCI. En opinión de los jefes de las Comunidades, la cultura de ellos no es el problema sino por el contrario, es la cultura del personal de salud que viene con una visión urbana del problema que no entiende su lengua ni sus costumbres la que impide la comunicación. Una muestra de esta situación pudo ser observada durante las intervenciones del personal de salud en las comunidades donde se programan charlas a los padres y madres asháninkas sobre nutrición, violencia familiar y tópicos de salud en general. Se apreciaron los siguientes hechos: todas las charlas fueron en castellano, todas se acompañaron de infografías con gráficos y explicaciones científicas, nadie prestaba atención y a nadie parecía preocuparle esta situación, no había retroalimentación ni participación de los indígenas; en pocas palabras, eran dos mundos distintos en un mismo salón que no se comunicaban entre sí.

En relación a la alimentación, el personal de salud entrevistado manifiesta su fastidio por las pocas veces que el poblador indígena ingiere alimentos durante el día, normalmente lo hacen dos veces al día, lo que vendría a ser para nosotros el desayuno y el almuerzo. Sobre la calidad nutricional, solo ingieren carbohidratos representados en yuca, su derivado el masato y plátano, y solo de vez en cuando pescado o algún animal de monte. Refieren que a pesar que la tierra es fértil y a que se les brindan constantes recomendaciones para obtener una dieta balanceada y rica en nutrientes, el poblador se rehúsa a sembrar hortalizas y legumbres o a criar animales de corral, y cuando lo hacen lo utilizan para la venta con el fin de adquirir ollas para masato, ropa u otros alimentos poco nutritivos como fideos y galletas.

En lo que respecta al factor cultural, uno de los entrevistados dio un punto de vista interesante, reflexionó sobre la cultura de los indígenas y como ésta ha sufrido un deterioro al tener contacto con los pueblos colonos, incluso en su música y en sus danzas que han sido reemplazadas por el reguetón y la cumbia. Sobre la alimentación, han prescindido de los caracoles y las raíces intercambiándolas por galletas y dulces. Sobre la medicina mencionó que se está perdiendo mucho conocimiento ancestral, que los jóvenes indígenas prefieren alejarse de sus comunidades en busca de mejores condiciones de vida. En adición, hay que recordar que los pueblos indígenas de esta zona del Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem) sufrieron muchas vejaciones en manos de Sendero Luminoso a finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990, tal como lo menciona la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR) en su Informe Final (CVR

2003): «No existen datos precisos, pero la mayoría de especialistas e instituciones calculan que de 55.000 Asháninkas, cerca de 10.000 Asháninkas fueron desplazados forzosamente en los valles del Ene, Tambo y Perené, 6.000 personas fallecieron y cerca de 5.000 personas estuvieron cautivas por PCP-SL Luminoso, y se calcula que durante los años del conflicto desaparecieron entre 30 y 40 comunidades Asháninka».

Otro factor que los entrevistados relacionan entre la DCI y la cultura es el embarazo adolescente, cuya tasa de ocurrencia no ha bajado en 20 años. Directamente relacionado a lo anterior está el incesto por la convivencia en una sola habitación de toda la familia. Asimismo, mencionan la falta de planificación familiar por negativa del varón a cuidarse y no permitir que la mujer se cuide; la no ingesta de medicamentos, micronutrientes y otros suplementos alimenticios por el sabor, olor y síntomas posteriores o efectos colaterales.

Finalmente, en lo que se refiere a la educación y capacitación para una mejor nutrición, los jefes de Comunidad se quejan de que estas prácticamente no existen, que ellos sí quieren sembrar productos nutritivos pero no saben cómo hacerlo sostenible y no ven el sentido de realizarlo si es que no pueden sacar esos productos al mercado ya que el trabajo para ellos debe de ser productivo, no para su propio consumo. Asimismo, manifiestan desconocer qué propiedades nutritivas tiene cada alimento. En contraparte, el personal de salud señala que siempre hacen capacitaciones y demostraciones sobre esos temas pero que no les hacen caso.

Otro aspecto importante relacionado a la capacitación y educación es el conocimiento que tienen los pobladores indígenas sobre la DCI. En estudios anteriores y en las intervenciones que se han realizado en el campo se observó que para ellos la anemia y la DCI no son enfermedades; mientras vean a sus hijos jugando y haciendo su vida habitual consideran que se encuentran sanos. Las explicaciones sobre estas enfermedades que dan tanto el personal de salud como algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) en sus trabajos de campo son muy complejas y carecen de una visión cultural propia del público objetivo.

Cuando se le explicaba a un jefe de Comunidad que dentro de los objetivos del trabajo de investigación se encontraba el determinar aquellos cuellos de botella que impedían la reducción de la DCI en Río Tambo, pidió encarecidamente que no se tome como cuello de botella al tema cultural porque siempre era más fácil echarles la culpa a ellos de su propia tragedia.

- Factores institucionales. Se han tomado como factores institucionales a todas aquellas acciones u omisiones de los diferentes organismos del Estado que no coadyuvan a la reducción de la DCI en Río Tambo.

Las personas entrevistadas en Lima, ya sea de ministerios u otras organizaciones, coincidieron que existía un problema de rectoría en la solución del problema de la DCI; que existía demasiada superposición de funciones y tareas entre el Minsa, Midis y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MMPV) que sobrecargaban el trámite burocrático y la capacidad de articular entre ellos y los gobiernos locales; incluso dentro de los mismos ministerios las funciones y las responsabilidades no estaban claras y bien definidas.

Asimismo, señalaron que existía demasiado protagonismo entre las autoridades en todos los niveles; se mencionó, además, la falta de articulación vertical y horizontal entre entidades, y lo difícil que era ponerse de acuerdo para realizar acciones multisectoriales. Adicionalmente, se cuestionó el diseño conceptual del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País 2012-2016 y del Programa Articulado Nutricional, dos de las herramientas principales con que cuenta el Estado para luchar contra estas enfermedades prevalentes, comentando que no es un diseño adecuado para zonas donde el factor cultural es gravitante y que tienen una visión costea del problema.

Otro de los factores estructurales que los encuestados refieren es la asignación presupuestaria en el sector salud. Según el Banco Mundial (s.f.), el Perú es el que menos invierte en salud con relación al PBI, a comparación de los países vecinos. Mientras que el país invirtió el 5,4% de su PBI en salud en el año 2014, Bolivia invertía el 6,7%; Colombia, 7,2%; Chile, 7,8%; Brasil, 8,6% y Ecuador más del 9%.

Al respecto, una de las principales brechas que existe en esta problemática es el déficit de personal de salud en la Red Salud Satipo a la cual pertenece el distrito de Río Tambo. Los bajos sueldos y las precarias condiciones de trabajo ocasionan que muchas plazas queden desiertas en las convocatorias públicas. A esto se le suma la falta de motivación por carecer de una política de recursos humanos que incentive el cumplimiento de objetivos mediante el ofrecimiento de vacantes a la residencia para especialidades o a cursos de capacitación; además, el pago de bonificaciones solo le corresponde al personal nombrado y no a los que están bajo la Contratación Administrativa de Servicios (CAS); y las renovaciones de los contratos se hacen cada dos o tres meses, dejando en la incertidumbre al personal contratado sobre su futuro profesional.

Otro de los factores que impiden un trabajo efectivo en la reducción de la DCI es la ausencia de datos estadísticos confiables sobre su prevalencia en la población. Desde hace algunos años, existe una gran diferencia entre las cifras que publica el gobierno local, el sector Salud, las organizaciones indígenas y lo que se aprecia en las intervenciones de salud en las comunidades. Al respecto, el nutricionista del Puesto de Salud de Puerto Ocopa relata lo siguiente: «Cuando llegué recibí la información de que estábamos en Río Tambo entre 60% y 72% de DCI. Sin embargo, cuando hago la constatación física en las poblaciones me doy cuenta que la DCI estaba presente en casi la totalidad de los niños». Por su parte, la encargada del Plan Salud Escolar de la Red Salud Satipo durante el 2016, comentó que las cifras resultantes de su trabajo de campo en las comunidades no eran representativas de todo el distrito de Río Tambo, sino tan solo de aquellas comunidades donde había logrado llegar. En el mismo sentido, el jefe de Presupuesto de dicha Red y otros trabajadores de salud confirmaron que el presupuesto asignado para todas las intervenciones de salud en el distrito, sean estas vacunas o Control de Crecimiento y Desarrollo CRED⁶, no alcanzaban para asegurar el 100% de cobertura de la población infantil, y que podían llegar a un 70% de cobertura a nivel provincial. Esta situación se agrava debido a que en los puestos de salud no existen sistemas integrados de información estadística, ya que las cifras las maneja cada área (CRED, Nutrición) y cuando pasan a la oficina de estadística se utilizan para los reportes correspondientes y no se concentran en una sola base de datos para explotación de la estrategia.

- **Pregunta 3: ¿Cuáles son los factores que favorecen las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo?** Muchos de los entrevistados al inicio confunden el objetivo de la pregunta, contestando las acciones que se deberían tomar para reducir la desnutrición crónica infantil; sin embargo, después de aclararles que lo que se necesita saber es cuáles son las acciones que vienen siendo exitosas no parecen hallar una pronta respuesta. Esta situación es comprensible debido a los magros resultados que se vienen obteniendo a nivel distrital debido a que la prevalencia de la DCI y de la anemia continúa a través de los años a pesar de los denodados esfuerzos de muchos de los actores responsables.

En el caso del personal médico de los puestos de salud, muchos han manifestado sentimientos encontrados en relación al tema de la DCI; por un lado, dicen sentir una gran satisfacción por el enorme esfuerzo y gran despliegue de voluntad en atender a toda la población posible; por

⁶El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es el control de salud periódico por el que todos los niños y niñas menores de cinco años de edad deben pasar. Estos controles se brindan en las postas del Ministerio de Salud, de acuerdo a un cronograma establecido según la edad de la niña o el niño.

otro lado, los invade un sentimiento de frustración al ser testigos que la situación nutricional de los niños no mejora a pesar de todo el esfuerzo mencionado. Al respecto, una trabajadora del Puesto de Salud de Puerto Ocopa con 12 años de servicio en la provincia de Satipo comenta: «Los niños nacen desnutridos crónicos, dependen de cómo llegan las madres, la única manera de recuperar a los niños es sacándolos de su entorno y criarlos en un centro que los cuide... a veces vemos niños tan abandonados que en son de broma les decimos que nos los regalen, algunas mamás aceptan, no muestran interés».

- Factores geográficos. Ninguno de los entrevistados encontró en la geografía algún factor que favorezca la reducción de la DCI. No obstante, en el PDCL sí llegan a dimensionar las grandes oportunidades que tiene el distrito si logran explotar el beneficio que les da las cuencas de los ríos Tambo, Ene y Perené, aunque la propuesta no se encuentre bien desarrollada con acciones de detalle.
- Factores económicos. A comparación de los estudios previos, han mejorado las condiciones para las visitas a las comunidades con el fin de realizar las atenciones integrales de salud, las que son acompañadas de los medios logísticos pertinentes como son embarcaciones, motocicletas, combustible, equipamiento médico para el CRED, entre otros, lo que les ha permitido cubrir extensiones de territorio a los cuales antes no llegaban. Sin embargo, no llegan a cubrir toda la demanda presente, ya que se necesitan más medios y personal. Asimismo, a los trabajadores de salud se les entrega los viáticos correspondientes por cada día de visita a las comunidades, situación que recién mejoró hace un par de años según comentan los entrevistados. Este antecedente se puede encontrar en el MEF (UCPS *et al.* 2009), donde el personal de salud de Río Tambo comentaba que los gastos de traslados y otros rubros tenían que atenderlos con su propio peculio.
- Factores sociales. Otro de los factores que consideran importante los entrevistados para la reducción del DCI es la relación que existe entre el nivel educativo de los padres y el nivel de aceptación de las recomendaciones sobre nutrición y cuidados en la salud de los niños brindadas por el personal de salud. Los padres más jóvenes han tenido mayor acceso a la educación primaria y secundaria que las generaciones anteriores, se ve en ellos mayor predisposición y aceptación de las recomendaciones. Sobre el particular un técnico enfermero que trabajó por cuatro años en un plan piloto de Cáritas sobre la reducción del DCI en Río Tambo, señaló lo siguiente: «[...] todas las estrategias que hicimos han tenido mayor impacto en las familias jóvenes que en las que tenían más edad, van a depender del grado de educación de los papás, el tema cultural está muy arraigado».

Por ejemplo, las recomendaciones acerca de la importancia de la lactancia materna han venido calando en el quehacer de las comunidades. El personal de salud asegura que gracias a esta buena práctica la mayoría de los recién nacidos y hasta que cumplen los seis meses de edad, poseen un registro de crecimiento y peso dentro de los parámetros normales establecidos. No obstante, esta situación se deteriora a partir que los niños comienzan a ingerir alimentos sólidos y abandonan la lactancia materna. De igual manera, aquellas familias que han recibido capacitación acerca del sembrío de hortalizas y la crianza de animales de granja, y que han sostenido esta práctica hasta volverla habitual, presentan una condición de salud superior a las familias que solo cosechan yuca y plátano. Una muestra de esta realidad se puede encontrar en las intervenciones realizadas en la CCNN de Kirichari y Poyeni, donde se observa que son las familias jóvenes las que se involucran en este tipo de prácticas; además, al menos uno de los padres tenía estudios de nivel secundario. Lamentablemente son muy pocas las familias con estas características y las demás no las ven como un modelo a imitar.

Se puede tomar como ejemplo la intervención de salud en la CCNN Kirichari donde, luego de las pruebas correspondientes, se determinó que el 99% de la población infantil entre los 0 y 12 años no alcanzaban los 9,3 de hemoglobina en la sangre, con excepción de una familia joven cuyos hijos de 3 y 9 años sobrepasaban los 12 y 13 grados de hemoglobina, respectivamente. Estos padres jóvenes, de no más de 23 años, tenían estudios de nivel secundario y habían decidido sembrar y criar animales orientados por las capacitaciones que habían recibido en el colegio años atrás. Eran los únicos niños que habían ido a la intervención lavados y peinados.

Por otro lado, cuando el personal de salud exhortaba a las madres que los suplementos ferrosos contra la anemia deberían ser reforzados con cítricos como el limón o la naranja, estas respondían que no tenían y que no habían sembrado porque recién habían llegado a esa localidad, lo que no era cierto según el registro del programa Juntos.

- Factores institucionales. La mayoría del personal de salud coincide en que la entrega de multi micronutrientes y la vacunación de la totalidad de los niños son acciones que vienen ayudando a mejorar la salud de la población infantil y no permiten el incremento en los niveles de DCI.

En relación al registro de los niños para la atención de salud, cabe mencionar que si bien es cierto casi la totalidad de los niños de Río Tambo cuentan con DNI, este no es un requisito para la atención integral de salud, por lo que la atención de todos los niños de las localidades visitadas se encuentra asegurada. Acerca del empadronamiento de todos los niños del distrito en las comunidades nativas, sobre todo en aquellas que se encuentran

más alejadas y de difícil acceso, la responsabilidad recae en el jefe de la Comunidad, lo que garantiza la actualización permanente del padrón ante nacimientos o decesos.

Donde no existe consenso es en la apreciación que tienen los entrevistados acerca del Centro de Vigilancia Comunal (CVC). Los que tienen una buena opinión de ellos señalan que su trabajo sirve de apoyo para la concientización de las madres y en el seguimiento de la salud de los niños; sin embargo, hay otro grupo de entrevistados que critican su labor por ser meramente de escritorio, recabando estadística que le es proporcionada por el mismo personal del puesto de salud. Lo que sí es importante resaltar es que un CVC bien dirigido y con el alcance geográfico suficiente puede resultar en un factor de éxito en la implementación de cualquier estrategia de salud.

El compromiso de la autoridad local se ve reflejado en la designación de los Agentes Comunitarios de Salud, en la implementación de los Centros de Vigilancia Comunal, en la inclusión dentro del presupuesto anual de una partida para el Programa Articulado Nutricional y en el cumplimiento de las metas que establecen el MEF y el Midis, tanto para el Programa de Incentivo Municipal (PIM) y el Sello Municipal respectivamente. Este aspecto es sumamente importante para lograr resultados auspiciosos en la disminución de la DCI y de la anemia; al respecto la directora general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública señaló lo siguiente: «Cuando vemos a autoridades que han sido influenciados por las ONG, sí vemos que los niveles de desnutrición logran reducirse significativamente... el alcalde es la persona indicada como articulador a nivel local, lo que pasa es que normalmente no tiene las capacidades».

Existen una serie de factores que los entrevistados tienen presentes pero no los profundizan en su verdadera dimensión y que, de ser el caso, podrían aprovecharlos con el fin de potenciar considerablemente todas las acciones que se vienen llevando a cabo contra la DCI. Estos son la posibilidad de lograr la conexión de toda la población por medio fluvial, a su vez aprovechar el papel de los jefes de las Comunidades como líderes naturales y, por último, potenciar la presencia de un número significativo de indígenas como profesionales de la salud.

2. Apuntes sobre el trabajo de campo

Si se analiza cómo el Estado viene atacando la DCI en Río Tambo, en relación a los programas presupuestales, PAN y Neonatal; así como a los programas sociales, tales como el Vaso de Leche y Qaliwarma, y ello se contrasta con el marco conceptual propuesto por la Unicef, tomado como referencia para el diseño de la política pública vigente, se puede colegir que casi exclusivamente se están atacando las causas inmediatas de la DCI y en mínima proporción las causas subyacentes; dejando totalmente de lado las reformas e intervenciones necesarias para modificar las causas básicas del problema, permaneciendo en un statu quo que no permite obtener avances significativos en la reducción de la DCI en Río Tambo. Los progresos logrados por el país en la reducción de la DCI a nivel nacional han hecho creer que aplicar las mismas medidas de forma invariable a todo el territorio va a dar los mismos resultados.

En relación a las causas inmediatas, como la “inadecuada ingesta de alimentos”, está siendo abordada por la distribución de multi micronutrientes y suplementos ferrosos a los niños menores de 36 meses y a las madres gestantes, mientras que a los niños en edad escolar se les proporciona desayuno y almuerzo por intermedio del PVL y Qaliwarma que, muchas veces, contienen insumos que los indígenas no ingieren por una variedad de motivos y que en poca proporción son sustituidos por alimentos afines. Al respecto, no existen políticas o programas que aseguren el acceso a alimentos nutritivos en forma sostenible, como es el caso de biohuertos o piscigranjas. Asimismo, no existen iniciativas efectivas por parte del Estado que controlen la depredación de los bosques y la contaminación de los ríos producto del narcotráfico y de los relaves mineros, aspectos que afectan directamente la obtención de alimentos de una etnia que tiene a la caza y a la recolección como fuente primaria de alimentación.

En lo que corresponde a la causa inmediata “enfermedades”, el 80% del presupuesto del PAN en el rubro de actividades está destinado a las vacunas y a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED), el 15% en gastos administrativos y el 5% restante en atenciones médicas y acceso a agua segura, siendo lo recomendable contar con una estructura presupuestal que abarque todos los componentes del origen multicausal del problema. En lo que se refiere a causas subyacentes, las inversiones que viene haciendo el Estado en infraestructura de salud, agua, saneamiento y electricidad, son casi nulas.

Asimismo, el diseño de estrategias y planes debería realizarse con la pertinencia cultural adecuada; esto significa que deben crearse mecanismos de diálogo donde el poblador y el Estado lleguen a un consenso sobre las mejores condiciones en la prestación de servicios básicos. Pero

no solamente las acciones que se vienen ejecutando actualmente son inadecuadas por el aspecto cultural, se debe tener en cuenta que el marco conceptual que sostiene esta estrategia exige, además, un acompañamiento permanente por parte del personal y los medios logísticos de salud, educación, gobiernos locales, agua y saneamiento; así como una estructura que sea capaz de soportar el enorme esfuerzo que sus tareas demandan.

En resumen, el Estado, representado por los diversos sectores y niveles de gobierno, aún no se encuentra preparado para realizar esta tarea en Río Tambo. Uno de los puntos donde radica la debilidad del modelo aplicado es la intervención sobre las causas básicas debido a que se pretende solucionar el problema de la DCI en Río Tambo con sistemas desarticulados de recursos humanos, organizacionales, económicos, políticos y culturales diseñados en la costa, tratando de emplearlos en un entorno totalmente diferente. En ese sentido, como primer paso para desarrollar la propuesta del presente trabajo de investigación y esquematizar las acciones que se deben tomar para la reducción de la DCI en el distrito, se propone adaptar el Modelo Conceptual de Unicef (2008) y el Modelo Conceptual de Beltrán y Seinfeld (2009) a la realidad de Río Tambo, priorizando aspectos tales como llegar a acuerdos con las comunidades nativas, promover la gestión de servicios con pertinencia cultural y la capacitación de todos los actores involucrados (ver anexo 5).

3. Generación de la hipótesis

Luego de la recolección y del análisis de los datos del ambiente de investigación se puede afirmar que existe una serie considerable de medios estatales representados por estrategias, planes, programas y actividades dirigidos a reducir los niveles de DCI en Río Tambo que no han logrado -a la fecha- entregar servicios públicos de calidad. Al respecto, la hipótesis del presente trabajo suscribe que no existen herramientas de gestión que logren instrumentalizar la política pública contra la DCI en Río Tambo, lo cual se evidencia en la falta de articulación, coordinación, seguimiento y evaluación entre los diferentes actores responsables de cada sector y niveles de gobierno involucrados, que han impedido la obtención de resultados positivos a lo largo de los años. En ese sentido, la propuesta del presente trabajo de investigación se orienta a cambiar el modelo de intervención estatal contra la DCI en Río Tambo.

Capítulo V. Propuesta: Creación e implementación de una unidad de cumplimiento en Río Tambo

Con la finalidad de demostrar que la metodología del delivery unit puede adaptarse a la realidad y condiciones de la problemática de la DCI en Río Tambo, a continuación, ésta será desarrollada punto por punto, de manera parcial, desde la declaración de la aspiración hasta la determinación de una actividad del sistema y sus respectivas intervenciones, de acuerdo a lo señalado en la sección correspondiente al Alcance de la Investigación, utilizando como insumos la revisión de la literatura, el análisis de los datos recolectados en el trabajo de campo y la propuesta del marco conceptual adaptado para la lucha contra la DCI en Río Tambo.

Previamente es necesario dar algunas precisiones sobre ciertos conceptos esenciales que se esgrimen en la metodología de Barber (2011) con la finalidad de adaptarlos o interpretarlos en concordancia con la realidad peruana. Al respecto, está el término “sistema”, al cual Barber identifica como aquella entidad proveedora de servicios públicos que busca cumplir con alguna aspiración. Por ejemplo, el sistema podría ser un sector, una ciudad o una institución determinada. Para este caso, se ha tomado como sistema a la política pública contra la DCI, por tratarse de un conjunto de decisiones y estrategias adoptadas por una autoridad legítima para resolver un problema público complejo (Aguilar 1993).

Al respecto, como jefe del sistema se ha considerado a la Presidencia del Consejo de Ministros en base a lo que establecen tanto la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo⁷, como la norma que define y establece las políticas nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional⁸. Asimismo, luego de la evaluación efectuada en el trabajo de campo y de acuerdo a las condiciones y claves de éxito para el buen funcionamiento de una unidad de cumplimiento, el factor empoderamiento juega un papel fundamental en el logro de sus objetivos y esa capacidad puede ser fácilmente transferible si la unidad pertenece a la PCM.

Adicionalmente, otros de los términos que son necesarios aclarar son aquellos que se refieren a las actividades del sistema y a las actividades de la entrega. De acuerdo a Barber (2011), una

⁷ Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Ley N° 29158, de fecha 19 diciembre de 2007. Establece que la Presidencia del Consejo de Ministros es responsable de la coordinación de las políticas nacionales y sectoriales del Poder Ejecutivo. Coordina las relaciones con los demás Poderes del Estado, los organismos constitucionales, gobiernos regionales, gobiernos locales y la sociedad civil (Congreso de la República, 2007).

⁸ Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, de fecha 22 de marzo de 2007. Considera que, en materia de inclusión y en relación al aumento de capacidades sociales, la supervisión estará a cargo de la PCM mediante una evaluación semestral de cumplimiento. Ambos aspectos se encuentran ligados a la nutrición (Presidencia del Consejo de Ministros [PCM], 2007).

actividad del sistema es aquella emprendida por uno o más actores del sistema para lograr la aspiración; la misma puede consistir en el trabajo del día a día, como el control de peso y crecimiento en los niños menores de cinco años, o en programas específicos que coadyuvan a reducir la DCI, como el Programa Nacional de Saneamiento Rural.

Por otro lado, las actividades de la entrega son aquellas realizadas por la unidad de cumplimiento para coadyuvar a que la entrega del servicio a cargo del sistema ocurra en las mejores condiciones. Por ejemplo, el monitoreo y supervisión de los avances del sistema en relación a la aspiración o el fortalecimiento de capacidades del sistema.

A continuación, se desarrollará la metodología del delivery unit para la creación e implementación de una unidad de cumplimiento a nivel distrital en Río Tambo dependiente de la Unidad de Cumplimiento del Gobierno de la Presidencia del Consejo de Ministros.

1. Paso 1. Desarrollar requisitos previos para la entrega

Según Barber (2011) antes de iniciar un esfuerzo de entrega, el líder del sistema deberá tener una idea clara de lo que debe ofrecer, así como una comprensión de dónde y cómo debe mejorar el proceso de entrega del producto que ofrece. Asimismo, deberá contar con un equipo talentoso encabezado por un líder de la entrega y con la alineación debida de los objetivos en todos los niveles del sistema. Para tal fin es necesario cumplir con lo siguiente:

1.1 Definir la aspiración

De acuerdo a Barber (2011) la visión o aspiración debe ser definida por el líder del sistema y materializada por el líder de la entrega. Muchas veces esta visión ya se encuentra definida, sin embargo, puede ser refinada, reorientada o definida nuevamente. En el caso del presente trabajo de investigación, la aspiración se encuentra dirigida a reducir la tasa de desnutrición crónica infantil de los niños menores de cinco años en el distrito de Río Tambo, quedando pendiente establecer el porcentaje de esa reducción para un periodo de tiempo determinado ya que la metodología exige que la aspiración deba prestarse a la medición por una o más métricas del objetivo. Con la finalidad de sustentar cómo se ha definido la aspiración del sistema, a continuación se desarrollarán los siguientes puntos propuestos por la metodología.

1.1.1 Identificar si la aspiración existe previamente

Para Barber (2011), las aspiraciones suelen existir de manera previa mediante declaraciones de los líderes políticos, compromisos existentes o en las mismas leyes que gobiernan el sistema. En ese sentido, en lo que compete a la DCI en el Perú, los planes de desarrollo elaborados en los diferentes niveles de gobierno han propuesto metas de cumplimiento para reducirla de forma gradual hasta el año 2021. Como se puede apreciar en la tabla 1, las autoridades del distrito de Río Tambo aspiran reducir la DCI a una tasa del 26% aproximadamente para el bicentenario, cifra que a los autores les parece poco ambiciosa ya que es mayor al actual promedio regional.

En lo que se refiere a declaraciones de las autoridades del gobierno central, se puede mencionar que en el marco del tercer Gore Ejecutivo realizado en febrero de este año, se suscribió el Pacto Nacional para la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil entre el Gobierno Nacional y los gobiernos regionales, el mismo que fue encabezado por el presidente de la República, Pedro Pablo Kuczynski, quien tiene como meta reducir la DCI en niños menores de cinco años del 13,5% actual a 6% para el año 2021 (Diario Oficial El Peruano 2017).

Tabla 1. Alineamiento de metas contra la DCI en planes de desarrollo

Planes de desarrollo	Plan estratégico de Desarrollo Nacional*	Plan de Desarrollo Concertado Región Junín**	Plan de Desarrollo Concertado Provincial Satipo 2008-2021***	Plan de Desarrollo Concertado Local Río Tambo****
Metas desnutrición crónica infantil menores de cinco años	Reducir la tasa de desnutrición crónica infantil de 13,5% actual a 5% al 2021	Tasa de desnutrición crónica infantil de 19,8% (2016) a 8,2% al 2021	Tasa año 2015: 34,6%. Reducir en un 50% la tasa de desnutrición infantil al 2021	Tasa año 2015: 53%. Reducir en un 50% la tasa de desnutrición infantil al 2021

Fuentes: *Ceplan, 2011; **Ceplan, s.f.; ***Municipalidad Provincial de Satipo, 2009; ****Municipalidad Distrital de Río Tambo, 2015.

Elaboración: Propia, 2017.

1.1.2 Aclarar las aspiraciones existentes

De acuerdo a Barber (2011) una vez identificadas las aspiraciones existentes en relación a la reducción de la DCI, es necesario examinarlas para determinar si estas cuentan con determinados requisitos para anclar los esfuerzos de la entrega. Es decir, si estas aspiraciones se encuentran alineadas con todos los niveles decisorios del sistema, si se trata de una visión compartida, si cuentan con documentos estratégicos para su articulación y si es conmensurable mediante la recopilación de datos disponibles.

Al respecto, como se ha mencionado previamente, la DCI en el Perú cuenta con una política pública que ha obtenido resultados favorables a nivel nacional. Según Mejía (2011) este éxito no

solo se explica por la ocurrencia de cambios socioeconómicos favorables en el país sino, además, por las adecuadas intervenciones del gobierno, que se orientó a implementar estructuras de coordinación nacional en los ministerios, focalizar el gasto público para promover mejoras en la nutrición y alinear las iniciativas de reducción de la pobreza con las estrategias diseñadas para dicho fin. El citado informe resalta que, si bien se promovió una efectiva coordinación entre el gobierno central y los gobiernos regionales, no obstante, quedaron grandes brechas para vincular las políticas de reducción de la desnutrición entre los niveles regional y municipal. Es en ese punto donde se ubica la propuesta del presente trabajo de investigación.

En relación a la normativa que define las aspiraciones, el sistema se basa en una política pública que entre su normativa principal cuenta con la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir Para Crecer” y con el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014-2016. Ambas iniciativas cuentan con recursos económicos y humanos asignados y con métricas establecidas de fácil recopilación. Por lo tanto, la aspiración de reducir los niveles de desnutrición crónica infantil en Río Tambo sí se encuentra apta para anclar esfuerzos coordinados en la búsqueda de un objetivo común

1.1.3 Refinar o definir la aspiración si es necesario

Para Barber (2011) si la aspiración no es suficientemente clara o está mal enfocada será necesaria su redefinición. Asimismo, señala que los objetivos deben contar con las siguientes características: ser específicos, mensurables, ambiciosos, realistas y limitados en el tiempo. Al respecto, la aspiración de reducir la DCI en Río Tambo se limitará al año 2021 en alineación con los diferentes planes de desarrollo vigentes hacia el bicentenario. Además, se tomará la cifra del promedio nacional actual de 13,5% de DCI como un objetivo ambicioso para el distrito teniendo en cuenta las condiciones actuales del problema, objetivo que también es realista ya que con los medios actuales el Estado ha demostrado que sí es posible llegar a esa tasa reducida.

1.2 Revisar la capacidad del sistema para cumplir con su aspiración

Según Barber (2011), hacer realidad la aspiración propuesta requiere de un conocimiento claro de todo el entorno del sistema; añade que es lamentable constatar que aquellos encargados de gestionar el cambio ignoran el funcionamiento de la burocracia y el uso de las herramientas para hacer realidad ese cambio. Por lo tanto, es necesario identificar los actores involucrados que afectan o impulsan las actividades del sistema para el logro de los objetivos. Asimismo, se deben analizar las actividades o procesos que se realizan en el sistema para el logro de sus objetivos.

1.2.1 Entender el entorno del sistema

Barber (2011) propone en este punto identificar a los principales actores del sistema, cuáles son sus funciones y la influencia relativa que ejercen en él.

Para la identificación de los actores principales se recurrió a una adaptación de la metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas (Ortegón *et al.* 2005); de esa manera, a través de las entrevistas de profundidad y de la observación en el campo, se elaboró el anexo 6 donde se definieron los siguientes aspectos que serán desarrollados durante el análisis correspondiente:

- Los sectores y organismos que por sus competencias, obligaciones o intereses de diversa índole se encuentren involucrados en la reducción de la DCI.
- Las normas que establecen funciones y obligaciones a los actores involucrados.

De acuerdo al marco conceptual de la lucha contra la DCI de Unicef y a la adaptación propuesta por Beltrán y Seinfeld (2009), se ha elaborado una propuesta de marco conceptual enmarcada en la realidad de la zona de estudio, alineada a las causas subyacentes y básicas, así como al rol que vienen desempeñando los actores identificados, definiendo lo siguiente:

- El nivel importancia que posee el actor para la reducción de la DCI en Río Tambo, a la cual se asignó puntajes en una escala del 1 al 5, donde 1 se considera al más alto nivel de importancia, cuya participación en la reducción de la DCI en el distrito es imprescindible ya que su desempeño va a ser determinante en los resultados obtenidos. En ese sentido, continúa el puntaje de 2 como importante; 3, poco importante; 4, nada importante, y 5, totalmente irrelevante.
- El grado de involucramiento o compromiso que tiene el actor en relación con su nivel de importancia para la reducción de la DCI en Río Tambo. Eso quiere decir que a mayor nivel de importancia lo ideal sería un mayor nivel de involucramiento pero no siempre eso ocurre. De la misma manera, se le han asignado puntajes en una escala del 1 al 5, donde 1 se considera un muy alto nivel de involucramiento; 2, un alto nivel de involucramiento; 3, medianamente involucrado; 4, presente pero nada involucrado; y 5, totalmente ausente.
- Por último, se ha cuantificado el nivel de influencia que tienen actualmente los actores en la reducción de la DCI en el distrito. Este nivel puede estar vinculado a la disposición de recursos económicos o humanos; al liderazgo, a la capacidad de articular con otros actores y a la voluntad que actualmente pone cada actor en el cumplimiento de sus funciones. En tal sentido,

se le han asignado puntajes en una escala del 1 al 5, donde 1 se considera un muy alto nivel de influencia en el entorno; 2, un alto nivel de influencia; 3, medianamente influyente; 4, poco influyente; y 5, nada influyente.

Cabe mencionar que lo ideal sería que cada actor llegue a los máximos niveles de involucramiento e influencia en su entorno, debido a que sirve de muy poco que algunos se encuentren involucrados y otros no por las características multicausales del problema.

Al respecto, se han identificado 45 actores entre autoridades, organismos, instituciones, programas, asociaciones, población, entre otros. Si bien es cierto, podría suponerse que los actores principales se encuentran en el sector salud, no hay que olvidar que las causas de la DCI son de origen multicausal, por lo que se ha procedido a asignar el mayor nivel de importancia a aquellos actores que afecten directamente a la población, sin importar a qué causa subyacente o básica afecten.

El análisis de la totalidad de los actores identificados merecería el desarrollo de un trabajo de investigación para cada uno; sin embargo, es importante mencionar a alguno de ellos. Por ejemplo, en el caso de los puestos de salud, los niveles de importancia e involucramiento son los más altos; empero, no cuentan con los recursos económicos y humanos suficientes para cumplir con sus funciones y objetivos, por lo que su nivel de influencia es “3” como medianamente influyente.

1.2.2 Análisis de la capacidad de entrega del sistema

En esta etapa de la metodología Barber (2011) propone analizar el estado actual del sistema contrastándolo con los cinco pasos propuestos para el desarrollo de una unidad de cumplimiento. En tal sentido, si bien la política pública contra la DCI no se encuentra estructurada como una unidad de cumplimiento, sí es posible encontrar factores que coinciden con los pasos propuestos. Por ejemplo, se puede encontrar una aspiración declarada del Estado con respecto a la DCI, además existen indicadores de resultado e impacto que son evaluados permanentemente; asimismo, existe una estrategia y planes que han demostrado ser exitosos a nivel nacional pero que en Río Tambo no obtienen los mismos resultados. Por otro lado, cada sector involucrado efectúa, a nivel nacional, el seguimiento correspondiente para verificar sus logros y reorientar los esfuerzos a mejores resultados.

Sin embargo, el problema principal radica en que, a pesar de tratarse de un problema multisectorial, los mecanismos de coordinación y articulación entre los diferentes actores no parecen haberse consolidado en dicha localidad. Asimismo, cada sector se evalúa a sí mismo distorsionando el análisis de los resultados. Al respecto, un análisis más detallado del sistema se puede encontrar en el capítulo correspondiente al trabajo de campo.

1.2.3 Determinar las capacidades de entrega necesarias para la unidad de cumplimiento

En este punto Barber (2011) sostiene que luego de haber realizado un análisis de las capacidades de entrega del sistema se pueden identificar aquellas donde se necesita enfocar la mayor cantidad del esfuerzo, ya que por su implicancia son decisivas para obtener buenos resultados. Además, se pueden crear o desarrollar nuevas actividades que no estaban consideradas en el diseño inicial del sistema.

Al respecto, luego del análisis efectuado y en base a la propuesta de marco conceptual para la lucha contra la DCI en Río Tambo, se recomienda adoptar las actividades del sistema detalladas en el anexo 7, las mismas que se materializarían con los diferentes medios brindados por el Estado a través de programas, planes y estrategias. En relación a estas actividades del sistema, la unidad de cumplimiento debe considerar una serie de capacidades con las que deberá contar para el fortalecimiento de las capacidades del sistema y el cumplimiento de sus objetivos, entre las cuales se pueden mencionar:

- Análisis estadístico, económico y financiero.
- Negociación.
- Evaluación de programas sociales y de salud intercultural
- Análisis de la cadena logística.

1.3 Construir la unidad de cumplimiento

Barber (2011) sostiene que una vez que se cuenta con la información apropiada se debe nombrar a un líder de la entrega, quien diseñará y organizará la unidad de cumplimiento basado en cinco principios claves: ambición, enfoque, claridad, urgencia e irreversibilidad. Recalca, además, que la unidad de cumplimiento es la entidad responsable de conducir el logro de las aspiraciones del sistema y que su éxito radica en su diseño y organización.

Barber (2011) señala que la unidad de cumplimiento no debe confundirse con los actores directamente involucrados en el sistema (en el caso de la DCI se refiere a los sectores de Salud, Educación, Vivienda, así como Gobiernos Locales y Regionales), por lo tanto, debe estar fuera de sus estructuras y reportar directamente al líder del sistema, quien monitorea y evalúa constantemente a la política pública contra la DCI. En el presente caso, como se ha mencionado previamente, la propuesta del trabajo de investigación radica en que la unidad de cumplimiento de Río Tambo dependa directamente de la Unidad de Cumplimiento del Gobierno (UCG) de la PCM.

1.3.1 Diseñar la unidad de cumplimiento

Según Barber (2011), las unidades de cumplimiento pueden tomar diferentes formas y nombres de acuerdo al contexto del sistema, aunque los siguientes principios son siempre relevantes:

- Lo ideal es que la unidad cuente con un líder a tiempo completo que reporte directamente al líder del sistema y que tenga las siguientes capacidades:
 - Capacidad de descomponer problemas complejos.
 - Sensibilidad, empatía, imparcialidad y humildad.
 - Análisis de datos.
 - Autoreflexión, capacidad de autocrítica y saber comunicar las cosas.
 - Una mentalidad de entrega; es decir, impulsar la entrega aun cuando esta pueda ser frustrante y desafiante.
- La unidad debe ser pequeña con el fin de mantener la flexibilidad y mantener una cultura cohesionada.
- El líder de la unidad no debe pertenecer a las instituciones relacionadas al problema, con el fin de equilibrar su mandato entre la crítica objetiva y la generación de confianza y credibilidad ante los actores involucrados.

En tal sentido y analizando las actividades del sistema de entrega, así como las capacidades de la unidad de cumplimiento, la propuesta del presente trabajo sostiene la implementación de una unidad conformada por cuatro personas con las competencias principales que se detallan en el anexo 8, y un pequeño equipo de apoyo de dos personas encargadas del análisis estadístico y del apoyo administrativo.

1.3.2 Organizar y estructurar la unidad de cumplimiento

Luego de diseñar la unidad de cumplimiento, Barber (2011) indica que la consideración clave para su organización se enfoca en determinar de qué manera va interactuar esta unidad con el sistema de entrega; es decir, con los actores de la política pública de la DCI. Para tal fin, es necesario estructurar la unidad de tal manera que se garantice la continuidad de las relaciones, la objetividad de los procesos, la flexibilidad para adaptarse a los cambios y la diversidad de las opiniones para evitar sesgos y puntos de vista parcializados (Barber 2011). Al respecto, en el anexo 9 se plasma una propuesta de organización en base a ejes temáticos principales y su respectiva interacción con el sistema.

En pocas palabras, lo que pretende la implementación de esta unidad es romper con el enfoque sectorizado que actualmente viene desarrollando la política pública contra la DCI, así como la falta de continuidad en la implementación de acciones e iniciativas beneficiosas que no perduran en el tiempo por la alta rotación de funcionarios y servidores públicos; finalmente, busca romper con la falta de sistematización de procesos.

1.3.3 Construir la capacidad y la cultura de la entrega

En esta sección Barber (2011) resume en cinco aspectos la cultura de la entrega. Señala que debe ser ambiciosa, enfocada a un conjunto pequeño de objetivos, tener claridad en el diagnóstico basada en hechos y pruebas, tener un sentido de la urgencia basada en un propósito moral legítimo y por último, ser irreversible, con el fin de sostener el éxito en el tiempo.

1.4 Establecer una coalición poderosa

Barber (2011) recomienda contar con un pequeño grupo de personas ubicadas en puestos claves del sistema que ayuden a alinear los objetivos propuestos; si bien no se trata de un proceso formal, sin el establecimiento de relaciones es muy difícil obtener resultados de manera rápida. Asimismo, aclara que una coalición no es un comité directivo ni un órgano formal de toma de decisiones, sino un grupo de personas que permiten conseguir las aspiraciones del sistema mediante la eliminación de barreras burocráticas, usando su influencia de manera positiva para apoyar a la unidad de cumplimiento y brindando consejos y orientación al esfuerzo de entrega.

1.4.1 Identificar una posible coalición

Barber (2011) recomienda identificar a las 20 personas con más poder para afectar el trabajo de la unidad de cumplimiento en relación a la aspiración propuesta. Este poder, señala Barber, puede

tomar las siguientes formas: liderazgo, si la persona es responsable de alguna estrategia o política relevante para la aspiración; dirección estratégica, si es responsable de la planificación o implementación de las principales actividades del sistema; posición de poder, si es alguna autoridad política o reguladora relevante para la aspiración; experiencia, si posee el conocimiento profundo de los problemas principales para cumplir con la aspiración, y por último, credibilidad, si tiene el respeto y la autoridad sobre una masa crítica de personas relacionadas a la aspiración.

Luego de un análisis de las actividades y del entorno del sistema, Barber recomienda que se seleccione de 7 a 10 personas como potenciales miembros de la coalición. En tal sentido, en el anexo 10 se presenta una relación de posibles candidatos y se resaltan los 10 más importantes para el cumplimiento de la aspiración.

1.4.2 Fomentar la confianza y alinear a los miembros de la coalición

Barber (2011) sugiere que una vez que se haya identificado el grupo correcto de personas, el siguiente paso es desarrollar una fórmula para involucrarlos y convencerlos que compartan la aspiración de su sistema, los valores sobre los cuales piensa lograr esa aspiración y la estrategia para lograrla. No solo tienen que estar de acuerdo con la estrategia sino que, además, deben ayudar a implementarla.

Para este fin, continua Barber (2011), se deben programar reuniones de trabajo o conversaciones individuales con cada posible miembro, con el fin de encontrar puntos en común y explotarlos o, de lo contrario, enfrentar los puntos donde existen divergencias con el fin de superarlos y no postergarlos. Una vez ganada su adhesión es importante fortalecer los lazos de confianza y mantener la continuidad de la coalición mediante el trabajo constante.

2. Paso 2. Entender el desafío de la entrega

Una vez que se cuenta con los requisitos previos para la implementación de la propuesta, Barber (2011) sostiene que es necesario conocer la naturaleza de los problemas que se enfrentarán como requisito crucial para el éxito de la recientemente creada unidad de cumplimiento. Una vez efectuado el diagnóstico que reveló los datos más significativos sobre el desempeño del sistema y los factores que impiden o fortalecen el logro de los objetivos, la unidad de cumplimiento se enfocará en los factores de desempeño más débiles y en las actividades destinadas a enfrentar estos desafíos, evaluando su eficacia a través del análisis de la cadena de suministros para identificar posibles mejoras. Previamente, se debe desarrollar lo siguiente:

2.1 Evaluar el rendimiento pasado y actual

En esta sección se identificarán ciertos patrones de rendimiento que permitirán organizar los factores que atentan contra el logro de la aspiración, con la finalidad de determinar dónde dirigir el esfuerzo para lograr un cambio.

2.1.1 Determinar los datos asociados a los factores de rendimiento

Barber (2011) señala que existen tres tipos de datos que ayudarán a entender el rendimiento del sistema, estos son: la métrica del objetivo, que se utiliza para medir el logro de la aspiración; los indicadores principales, que ayudan a predecir el rendimiento futuro de la métrica objetivo; y los indicadores de consecuencias no deseadas, que miden las posibles consecuencias negativas que afectan al logro de la aspiración, por ejemplo, la tasa de deserción escolar o la tasa de embarazo adolescente.

Para el caso de la DCI en el Perú, la métrica objetivo y los indicadores principales se pueden encontrar ya definidos en los Programas Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. En el anexo 11 se han considerado los más representativos del sistema con ciertas adaptaciones sustentadas en el marco conceptual propuesto en el presente trabajo de investigación.

2.1.2 Organizar los datos disponibles para su análisis

Una vez que se han identificado la métrica objetivo y los indicadores principales, Barber (2011) recomienda organizar los datos para el análisis. Para el presente caso, la unidad de rendimiento a analizar será el distrito, que será comparado entre pares internos con otros distritos de la provincia de Satipo y, posteriormente, comparado entre pares externos.

2.1.3 Identificar patrones de rendimiento

De acuerdo a Barber (2011), un patrón de rendimiento es una tendencia que ayuda a identificar dónde y en qué medida el sistema funciona bien o mal con respecto a su aspiración; tiene como característica principal su consistencia y recurrencia a través de diferentes niveles de análisis y dimensiones de comparación. Al respecto, el autor recomienda iniciar el análisis con una hipótesis y tratar de reconocer patrones persistentes.

En relación a las hipótesis que se pueden esbozarse necesario recordar las conclusiones de Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2005), sobre las barreras de acceso de los pueblos

indígenas a los servicios de salud, que incluye la falta de servicios básicos instalados en sus comunidades y la poca accesibilidad a alimentos nutritivos por la devastación de su territorio. En ese sentido, se ha efectuado la comparación entre pares internos, es decir, se comparó las cifras de los diferentes distritos pertenecientes a la provincia de Satipo donde pertenece Río Tambo, y se halló que la tasa de DCI en algunos distritos apenas supera el 30% de ocurrencia, mientras que en Río Tambo llega al 53% según el PDCL (Municipalidad Distrital de Río Tambo 2015).

Se trató de establecer qué factores determinan que, entre ocho distritos, aparentemente de iguales características y que se desarrollan bajo las mismas condiciones económicas y sociales, uno de ellos posea una de las tasas más altas de DCI a nivel nacional. Entre las diferencias más resaltantes se encontró que Río Tambo es el distrito con mayor población indígena de la provincia de Satipo; asimismo, tiene uno de los Índices de desarrollo humano más bajos entre sus pares y el mayor porcentaje de población sin acceso a agua segura, tal como se detalla en el anexo 12.

En tal sentido, no se puede señalar que uno de los patrones de rendimiento negativo del sistema sería la presencia de poblaciones indígenas en el distrito, sino los problemas asociados a esa presencia, que se relacionan con la incapacidad que tiene el Estado para entregarles servicios públicos de calidad. Por lo tanto, los patrones de rendimiento encontrados hasta el momento no hacen más que confirmar los diversos diagnósticos que han brindado los diferentes estudios sobre la DCI en el Perú y los factores negativos identificados durante el trabajo de campo realizado para la presente investigación.

Según Barber (2011), otra manera de reconocer patrones de rendimiento es mediante las comparaciones entre pares externos, en este caso con otras unidades de rendimiento, tales como, métricas a nivel nacional y regional. No obstante, como ya se ha mencionado durante el diagnóstico del sistema, no se cuenta con estadística completa de todos los indicadores en Río Tambo, por lo que los vacíos de información serán reemplazados por datos pertenecientes a grupos con similares características, como son selva rural y quintil inferior de bienestar según lo registrado por el INEI (2016) (ver tablas 2 a 4).

Tabla 2. Proporción de menores de 36 meses con todas las vacunas básicas

Dimensión	2011	2012	2013	2014	2015	2016 - I Semestre
Nacional	27.8	27.0	23.1	20.6	23.6	22.6
Selva rural	23.3	19.9	18.7	15.6	19.7	22.9
Quintil inferior	24.7	23.3	20.7	20.7	22.2	23.8
Junín	33.8	28.7	22.8	18.8	23.0	SIN DATOS

Fuente: INEI, 2016.

Elaboración: Propia, 2017.

Tabla 3. Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento (CRED)

Dimensión	2011	2012	2013	2014	2015	2016 - I semestre
Nacional	47.3	50.8	50.5	52.4	54.9	57.3
Selva rural	41.4	50.3	51.5	55.5	59.3	61.3
Quintil inferior	53.3	55.3	55.8	61.0	61.7	65.2
Junín	53.1	57.0	56.3	61.4	68.5	SIN DATOS

Fuente: INEI, 2016.

Elaboración: Propia, 2017.

Tabla 4. Proporción de menores de 06 a 36 meses que recibieron suplemento ferroso

Dimensión	2011	2012	2013	2014	2015	2016 - I semestre
Nacional	17.0	19.6	23.6	24.5	30.3	30.2
Selva rural	17.2	19.1	22.9	26.6	29.3	30.0
Quintil inferior	23.3	25.3	29.4	32.0	36.2	33.2
Junín	16.5	17.5	26.8	27.5	35.3	SIN DATOS

Fuente: INEI, 2016.

Elaboración: Propia, 2017.

Como se puede observar, de la información en las tablas 2 al 4 la oferta de salud, a pesar de ser no satisfacer toda la demanda, es pareja en todos los niveles descritos lo que recuerda la multicausalidad del origen de la DCI; por lo tanto, se debe identificar qué otros condicionantes se presentan en Río Tambo para que exista una variación tan significativa en los niveles de DCI. A continuación, se efectúa una comparación externa entre otros patrones de rendimiento que sí varían de manera significativa y afectan directamente el logro de la aspiración (ver tablas 5 y 6).

Tabla 5. Proporción de hogares rurales con saneamiento básico

Dimensión	2011	2012	2013	2014	2015	% DCI
Nacional	71.1	74.3	75.4	77.7	77.1	13.5
Selva rural	64.3	75.0	75.6	75.6	75.5	30.2
Quintil inferior	63.9	66.7	69.9	72.3	71.9	31.4
Región Junín	66.2	76.6	82.8	79.3	80.7	19.8
Río Tambo	SIN DATOS				4.0	53.0

Fuente: INEI, 2016; Municipalidad Distrital de Río Tambo, 2015.

Elaboración: Propia, 2017.

Tabla 6. Número de habitantes por personal médico

Dimensión	Nro. Habitantes por Médicos	Nro. Habitantes por Obstetras	Nro. Habitantes por Enfermeros	% DCI	Fuente
Nacional	476	531	419	13.5	INEI
Lima	273	469	335	5.8	INEI
Regional Junín	779	810	434	19.8	INEI
Río Tambo	6000	1200	3181	53.0	RED SALUD SATIPO

Fuente: INEI, 2016; Municipalidad Distrital de Río Tambo, 2015.

Elaboración: Propia, 2017.

No cabe duda que la exigua cobertura del servicio de saneamiento y de agua en el distrito de Río Tambo (como se observó en una tabla anterior) es una de las causas principales de la prevalencia de diversas enfermedades en su población. Asimismo, la enorme brecha de servicios de salud, como es el caso del personal médico, afecta directamente la calidad de vida de sus habitantes.

Luego del análisis efectuado se han identificado los siguientes patrones de rendimiento que vienen impulsando las diferencias entre las dimensiones comparadas:

- Servicios públicos sin pertinencia cultural.
- Oferta insuficiente de salud.
- Condiciones de insalubridad.

2.2 Comprender los impulsores del rendimiento y las actividades del sistema

Barber (2011) sostiene que, luego de identificar los patrones de rendimiento negativos, es necesario comprender qué factores los impulsan y evaluar las actividades que realiza actualmente el sistema para afrontarlos, con el fin de determinar las intervenciones que debe realizar la unidad de cumplimiento en busca de cambios positivos.

2.2.1 Identificar los impulsores de los patrones de rendimiento

De acuerdo a Barber (2011), algunos desafíos son tan comunes o tan investigados que a menudo existe un consenso sobre cuáles son los impulsores detrás de los patrones de rendimiento. Al respecto, el mismo marco conceptual de la DCI presenta una serie de factores causales para combatirla. En ese sentido, y siguiendo a Barber, la identificación de los siguientes impulsores ha sido obtenida mediante la herramienta del árbol de hipótesis, empleando como fuentes el análisis de los datos del estudio, trabajos existentes, entrevistas, intervenciones en primera línea, talleres y diversos puntos de referencia. Cabe mencionar que al igual que los patrones de rendimiento identificados, por fines de practicidad solo se considerarán los impulsores más importantes (ver anexo 13).

2.2.2 Identificar y evaluar las actividades del sistema en relación a los impulsores

Barber (2011) recuerda que las actividades del sistema son aquellos programas y acciones que ayudarán a lograr la aspiración propuesta. Al respecto, de acuerdo a la libertad que otorga el autor en la adaptación de esta metodología, ya se han identificado las actividades principales del sistema en el capítulo anterior, por lo tanto, se nombrarán aquellas actividades del sistema traducidas en

medios que puedan tener un impacto significativo en los impulsores de bajo rendimiento. Esta modificación de la metodología se debe, en gran parte, a la complejidad del problema, que compromete a una cantidad considerable de actores y medios en cada actividad principal del sistema (ver anexo 14).

Según Barber (2011), una vez que se haya generado la lista de actividades del sistema debe generarse un perfil por cada una, en el cual se considera su descripción, el impacto que produce, y los recursos que requiere. Posteriormente, se realiza un análisis de la cadena de suministro de la actividad, donde se identificará a los actores involucrados en la implementación de la actividad, cuál es la relación entre ellos y cómo se podría mejorar su performance.

Para fines del presente trabajo se tomará a la actividad del sistema “acceso a agua y saneamiento” representada por el Programa Nacional de Saneamiento Rural como medio de gestión para efectuar el análisis. Al respecto, Beltrán y Seinfeld (2011) señalan que «El efecto marginal de tener agua potable y alcantarillado es - 7,3 puntos porcentuales, lo que implica que si los hogares de los dos quintiles más pobres tienen acceso a agua potable y alcantarillado, la tasa de desnutrición decrecerá en 7,3 puntos porcentuales».

Asimismo, calculan que el costo por habitante para instalar un sistema de agua segura y una letrina puede llegar a los US\$ 100. En ese caso, si se quisiera instalar al 100% los servicios de agua y saneamiento en Río Tambo, se tendría un universo de beneficiarios de casi 35.000 habitantes por poco menos de S/ 13 millones. Pero no se trata solo de instalar los servicios, lo más importante es que se mantengan sostenibles en el tiempo, es ahí donde se estimará su verdadero valor.

En lo que concierne a la cadena de suministro de la actividad elegida, en el anexo 15 se puede observar a los principales actores y sus respectivas funciones principales. Según Barber (2011), una cadena de suministro nace normalmente con la intención política de un líder del sistema y termina con los procesos y prácticas de los encargados de implementarla en primera línea.

Al respecto, en un discurso en la Universidad de Princeton en febrero de este año el presidente del Perú declaró que «En Perú, de 32 millones de personas, 10 millones no tienen agua potable en sus hogares y tampoco un sistema de desagüe. Esta es mi prioridad número uno, pues sin agua potable no tenemos buena salud y esto puede permitir la expansión de epidemias» (Diario La República 2017).

Asimismo, durante el trabajo de campo, muchos de los entrevistados coincidieron que la falta de sistemas de agua y saneamiento es una de las causas principales de la prevalencia de enfermedades en la zona; pero en aquellas que sí tienen sistemas de agua, el problema radica en su sostenibilidad. La municipalidad del distrito, a través del Área Técnica Municipal de Saneamiento (ATM), no tiene la capacidad de implementar sistemas de asesoramiento y seguimiento a las JASS y éstas, a su vez, no tienen las capacidades suficientes para administrar, operar y mantener los servicios instalados; por tal motivo, una vez instalado el sistema es cuestión de meses para que deje de funcionar e inicie una etapa de deterioro hasta conseguir nuevamente los fondos para su recuperación.

Al respecto, los encargados de la Gerencia de Desarrollo de la Municipalidad de Río Tambo, así como la Gerente de Agua y Saneamiento de CARE-Perú, coinciden en señalar que el actual sistema, promovido por el MVCS, tal cual está estructurado, nunca va a funcionar para este tipo de poblaciones debido a que trabaja bajo el supuesto que la población va a poder administrarlo y mantenerlo sin una estructura logística que los respalde, así como sin un programa de capacitación al poblador y sin otorgar incentivos monetarios a las personas que dedican parte de su tiempo a estos menesteres como parte del JASS. En ese sentido se pronuncia un funcionario municipal: «El JASS desde el 2005 no tiene ejemplos de buen funcionamiento, debe pasarse a una agencia administradora del servicio, la gente no paga y no mantiene su agua. El Estado no puede estar en ese plan todo el tiempo, necesitamos un privado o pagarle a la gente. La estructura está equivocada. Debemos estar preparadas sino el colapso de los sistemas lo asumen las municipalidades, mantenimiento y reparación. Pasa en todos lados sean asháninkas o colonos». De la misma manera, la funcionaria de la ONG CARE-Perú argumenta que el Estado no puede entregar la obra a la población y después desaparecer dejándolos prácticamente a su suerte, agrega además que los únicos casos donde han podido lograr la sostenibilidad de los proyectos de agua en poblaciones rurales y dispersas ha sido cuando han otorgado incentivos económicos a los pobladores a cargo del sistema.

Al respecto, estas dificultades y otras afines se encuentran registradas en la Guía de orientación en saneamiento básico para alcaldías de municipios rurales y pequeñas comunidades, de la Organización Panamericana de la Salud desde el 2009 (Barrios *et al.* 2009):

- Bajo nivel socio económico de los beneficiarios.
- Viviendas aisladas o pequeños núcleos urbanos, no permiten economías de escala de las soluciones propuestas.

- Limitado acceso a nuevas tecnologías.
- Limitado o nulo acceso a recursos financieros.
- Los sistemas son operados a través de organizaciones conformadas por miembros de la comunidad, lo que resulta en bajo nivel técnico de los operadores.
- Carencia de supervisión, control y apoyo técnico de instituciones públicas o empresas de agua y saneamiento de mayor tamaño.

Asimismo, considera, entre otros, a los siguientes factores clave para lograr la sostenibilidad de una infraestructura de agua y saneamiento en zonas rurales, que coincide con lo que reclaman las autoridades municipales de Río Tambo:

- Baja complejidad del sistema.
- Calidad del diseño y de la obra.
- Capacidad de los beneficiarios para la administración, operación y mantenimiento de la solución adoptada.
- Capacitación a los operadores en el control de la calidad de agua para consumo.
- Apoyo externo para solución de problemas fuera del alcance de la capacidad local.

3. Paso 3. Planificar la entrega

Una vez que se ha definido en qué punto se encuentra la actividad del sistema y hacia dónde queremos llevarla, es momento de definir la manera de cómo hacerlo posible. De acuerdo a Barber (2011) la unidad de cumplimiento ayudará al líder del sistema a definir el enfoque para abordar el desafío mediante la elaboración de una estrategia que logre cambiar las condiciones que impiden un comportamiento eficiente del sistema.

Barber (2011:1524) entiende por estrategia «[...] al conjunto coherente de intervenciones que se combinan para maximizar el impacto en sus métricas de destino». Asimismo, señala que las intervenciones en una estrategia se eligen y se organizan de acuerdo a cuatro principios:

- Las intervenciones deben enfocarse en la generación del cambio.
- Las intervenciones deben tener un impacto potencial en los indicadores principales.
- Las intervenciones deben ser integradas para aprovechar el efecto sinergia.
- Las intervenciones deben ser secuenciadas teniendo en cuenta los recursos asignados y su interdependencia.

Finalmente, a continuación se presentan las intervenciones que serán componentes básicos de la estrategia concerniente a la actividad del sistema relacionada con el acceso al agua y saneamiento, seleccionados bajo los principios de integración, secuencialidad y alto impacto:

- Gestión de proyectos de inversión pública.
- Fortalecimiento del Área Técnica Municipal de Saneamiento para labores de supervisión y apoyo técnico a las JASS.
- Capacitar a las JASS para el funcionamiento y mantenimiento de los sistemas.
- Remunerar a las JASS para que sea un trabajo a dedicación exclusiva y con rendición de cuentas.

Asimismo, en el anexo 16 se puede observar cómo las intervenciones encajan en los bloques de transformación y mejora en los resultados, lo que origina un equilibrio entre la audacia de la reforma y la necesidad de una ejecución de calidad para lograr una entrega exitosa.

Posteriormente, Barber (2011) señala que es necesario establecer objetivos con sus respectivos indicadores, los que deben ser específicos, mensurables, ambiciosos, realistas y limitados en el tiempo, además debe estimarse una trayectoria de cómo se irían comportando las cifras en un determinado periodo de tiempo, con el fin de organizar un sistema de entregables con funciones definidas y responsables debidamente identificados que puedan constatar los progresos o retrasos en el cumplimiento de las aspiraciones. No obstante, dado el alcance de la presente investigación sólo se limitará a presentar las intervenciones mencionadas como un ejemplo del desarrollo de la metodología.

En ese sentido a continuación se tratarán de manera sucinta los dos últimos capítulos de la metodología de Barber, que escapan al alcance de la presente investigación, por tratarse de aspectos netamente operativos propios de la unidad de cumplimiento una vez que se encuentre en funcionamiento.

4. Paso 4. Operativizar la entrega

De acuerdo a Barber (2011), la unidad de cumplimiento deberá efectuar el seguimiento de los avances del proceso en relación a los compromisos establecidos, para tal fin deberá identificar retos y cambiar de rumbo cuando sea necesario. En tal sentido, es necesario establecer un conjunto de rutinas de entrega que le permitirán evaluar permanentemente el rendimiento del sistema.

Además, se deben elaborar rutinas condicionales para hacer frente a los problemas que surjan en el camino, que pueden ser desde problemas del día a día hasta crisis generalizadas.

5. Paso 5. Crear una cultura de entrega

Finalmente, Barber (2011) sostiene que el cambio será irreversible solo cuando se haya logrado cambiar la cultura de todo el sistema, ampliando el círculo del liderazgo del esfuerzo de entrega hacia los principales líderes, gerentes intermedios, los trabajadores que se encuentran en la primera línea de frente e incluso, en la población.

Capítulo VI. Análisis de la propuesta y condiciones previas para su implementación

Con la finalidad de responder las últimas dos preguntas del trabajo de investigación sobre las condiciones previas y la viabilidad, factibilidad y posibilidad para la creación e implementación de una unidad de cumplimiento a nivel distrital para la reducción de la DCI en Río Tambo, se procedió a entrevistar a cinco personas seleccionadas por su experiencia y conocimientos en la problemática de la DCI y en temas de articulación gubernamental.

Sobre la metodología de la entrevista, se les informó con anticipación a los entrevistados los temas a tratar; asimismo, el día de la entrevista se les expuso la estructura del trabajo, los resultados del trabajo de campo, la hipótesis y la propuesta metodológica del delivery unit con la cual ya estaban familiarizados. A continuación, en orden alfabético la lista de entrevistados con una breve reseña de su experiencia profesional:

- **Alexandra Ames.** Especialista en la gestión y monitoreo de proyectos y políticas públicas orientados a la inclusión social. Se desempeñó como directora general de Coordinación de Prestaciones Sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social hasta mayo del 2017. Actualmente labora en el Viceministerio de Gobernanza Territorial de la PCM.
- **María del Carmen Calle.** Médico Pediatra. Se desempeñó como responsable nacional de los Programas de Atención Integral de Salud de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. Actualmente ocupa el cargo de directora general de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
- **Diego Carrillo.** Se desempeña en la Unidad de Cumplimiento del Gobierno de la PCM desde su fundación, es el gerente de la prioridad agua y saneamiento.
- **María Inés Sánchez-Griñan.** Bióloga, se ha desempeñado como directora del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud. Actualmente se desempeña como ejecutiva adjunta del despacho ministerial del Ministerio de Salud y es la encargada de los temas de desnutrición crónica y anemia.
- **Carolina Trivelli.** Economista y consultora de organismos internacionales, es especialista en temas de pobreza, políticas sociales y desarrollo rural. Fue nombrada ministra de Desarrollo e Inclusión Social del Perú en el 2011. Actualmente se desempeña como investigadora principal del Instituto de Estudios Peruanos (IEP).

1. Preguntas de investigación

1.1 ¿Es viable, factible y posible la implementación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo para la reducción de la DCI?

Según Sánchez y Maldonado (1996), el análisis de viabilidad se refiere a la coincidencia de la política pública con los lineamientos políticos del gobierno. Para este caso, se refiere a la coincidencia de la propuesta del trabajo de investigación con los lineamientos del gobierno. Al respecto, en términos generales, el gobierno ya asumió la metodología del delivery unit para su Centro de Gobierno; sin embargo, al hacer la consulta a los representantes de la PCM, ambos coincidieron que implementar una unidad de cumplimiento a nivel distrital todavía no estaba previsto en el corto plazo. Uno de los entrevistados estimó el plazo de un año para la consolidación de la Unidad de Cumplimiento del Gobierno (UCG) y, posteriormente, su posible implementación a niveles subnacionales.

Para las representantes del sector salud, quienes vienen trabajando con la UCG desde hace seis meses, la implementación a nivel distrital debería hacerse de inmediato, bajo ciertas condiciones previas que se verán en la siguiente sección, debido a que consideran la metodología útil para este tipo de problemas y escenarios.

En relación al análisis de factibilidad, Sánchez y Maldonado (1996) señalan que se enfoca principalmente en la posibilidad del cumplimiento eficaz y eficiente de las medidas propuestas. Para ello se debe evaluar la disponibilidad de la tecnología, recursos, organización administrativa y organización operativa. En ese sentido, ninguno de los entrevistados cuestionó los factores asociados a la tecnología, cuyos requerimientos serían fáciles de cubrir, ni al aspecto ligado a los recursos, debido a que la misma metodología propone estándares de austeridad y simplicidad en su implementación. Asimismo, si se toman en cuenta todos los recursos que se vienen invirtiendo para reducir la DCI en Río Tambo sin obtener resultados tangibles, una inversión que obtenga resultados valdría la pena.

En lo que se refiere a la organización administrativa y operativa de la propuesta, se trata de los factores que más disensos han presentado como resultado de la entrevista. Uno de los entrevistados propone equipos móviles para puntos focalizados y problemas específicos que no se queden en el terreno más de 30 días. Este equipo operaría bajo la dirección de la UCG de la PCM lo que le aseguraría un alto grado de empoderamiento y estaría encabezado por un gerente

con ciertas capacidades. Esta posición difiere de la propuesta en lo que respecta a la movilidad y permanencia del equipo, pero coincide con la gerencia, focalización, especialización y dependencia administrativa.

Asimismo, otro de los entrevistados coincide con la propuesta de la investigación en los aspectos de permanencia, focalización, especialización y gerencia de la unidad; sin embargo, propone anclar los esfuerzos de la unidad de cumplimiento de Río Tambo en el Viceministerio de Gobernanza Territorial de la PCM para el seguimiento de temas vinculados a desarrollo económico y social del territorio.

Una de los entrevistados que más difieren con la propuesta de la investigación señala que la cabeza de la unidad de cumplimiento debe ser el alcalde del distrito y que la unidad de cumplimiento deba anclarse en un programa social o en un gobierno regional o local, debido a que si fuera un anexo de la PCM estaría condenado a la extinción. Asimismo, coincide con la permanencia, focalización geográfica y la especialización del problema dirigido a combatir la DCI.

Finalmente, una de las representantes de salud recomendó que si la PCM no quería implementar la unidad de cumplimiento en el distrito a corto plazo, se gestione ante el Minsa la implementación a cargo de este sector; sugirió, además, que no se tome un distrito como piloto sino mínimo dos, con la finalidad de comparar resultados y comportamientos de los patrones de rendimiento y variables para evitar la distorsión de los resultados. Coincidió con el carácter permanente de la unidad, su focalización y especialización, así como con la gerencia a cargo de un funcionario independiente.

En lo que respecta al análisis de posibilidad, Sánchez y Maldonado (1996) indican que permite prever las reacciones que la medida propuesta originará en el medio social. Al respecto, una de las entrevistadas recomendó tener en cuenta las reglas de coordinación local que son muy complejas, sobre todo cuando existe población indígena. Añadió que no se debe implementar esta nueva herramienta sin lograr el consenso de los principales actores del distrito y considerar que introducir un cambio sustancial en la compleja y precaria arquitectura del Estado genera una serie de reacciones de rechazo por el cambio en las rutinas y el incremento de la burocracia mediante la presentación de nuevos formatos, por lo que sería ideal introducir los nuevos requerimientos de información sin distorsionar los procesos que se vienen llevando a cabo.

1.2 ¿Cuáles son las condiciones previas que deben existir para la creación de una unidad de cumplimiento para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo?

En este caso, se ha encontrado un alto grado de consenso respecto a la necesidad que la unidad de cumplimiento del Gobierno llegue a fortalecerse y a interiorizar su metodología en los niveles más altos del gobierno, con la finalidad que los otros niveles de gobierno lleguen a entender su funcionamiento y avizorar sus logros de manera gradual y progresiva. En el mismo sentido, el factor empoderamiento debe ser un requisito indispensable para un funcionamiento eficiente y efectivo, debido a que una unidad de cumplimiento debilitada y sin apoyo político se desvanecería en el corto plazo. No obstante, no es suficiente con el empoderamiento. La unidad de cumplimiento debe demostrar las capacidades necesarias para convencer a los actores que se trata de una buena alternativa para la consecución de sus metas.

También se comentó ampliamente sobre la necesidad de contar con personal idóneo para su conformación, refiriéndose no solo al aspecto cognitivo del problema sino al perfil de la persona que será la encargada de gestionar y coordinar en los niveles superiores de la administración pública. Dos de los entrevistados mostraron preocupación por la posibilidad de no encontrar a la persona apropiada debido a las características de la zona, donde los servicios públicos y los niveles de inseguridad podrían desanimar a los potenciales candidatos. Por el contrario, tres de los entrevistados coincidieron que en la Región Junín podría encontrarse sin problemas a las personas adecuadas. Asimismo, los entrevistados señalaron la necesidad de contar con indicadores de gestión y de resultados bien definidos que cubran toda la cadena de suministro del servicio, además de identificar claramente los procesos y responsables de los mismos con hitos y metas concretas. Cabe mencionar que todos estos aspectos los considera la metodología del delivery unit como requisitos básicos para su implementación.

Para dos de los entrevistados un requisito clave es que la unidad de cumplimiento esté anclada en algún sector específico o programa social determinado y no bajo la dirección de la PCM, lo que impediría que la alta rotación de puestos en la administración pública atente contra la continuidad del proyecto, teniendo en cuenta que, a pesar de encontrarse bajo el paraguas de la PCM, el tipo de gestión que realiza esta unidad expone a sus integrantes a pugnas o conflictos de intereses entre los diferentes actores del sistema. El resto de los entrevistados coincidieron en que la dependencia de la unidad de cumplimiento a la PCM sería una de sus principales fortalezas. Finalmente, se consensuó en aspectos como la sencillez, simplicidad y la humildad de la propuesta para que pueda ser entendida por todos los actores del sistema.

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En esta sección se presentarán las conclusiones alineadas con las preguntas y objetivos de la investigación, los cuales han sido cumplidos a cabalidad y se relacionarán los resultados con estudios previos realizados sobre la problemática de la DCI en zonas rurales.

- En relación a los medios y las herramientas de gestión empleadas en Río Tambo para la movilización y articulación de recursos para reducir la DCI, se determinó que no existen herramientas de gestión que logren instrumentalizar la política pública contra la DCI en dicha localidad, lo cual se evidencia en la falta de articulación, coordinación, seguimiento y evaluación entre los diferentes actores responsables de cada sector y niveles de gobierno involucrados que han impedido la obtención de resultados positivos a lo largo de los años.

La falta de articulación de políticas públicas en las áreas rurales donde se concentran las poblaciones más pobres del país origina una serie de efectos que vulneran las condiciones de vida digna de una parte representativa de nuestra sociedad. En tal sentido, el Estado no ha sido capaz de establecer una secuencialidad y criterios básicos de articulación para la intervención multisectorial en zonas de alta complejidad, con el fin de ofrecer servicios básicos de calidad a las poblaciones más vulnerables, ya sea por cuestiones de difícil accesibilidad, inseguridad o insuficiencia de capacidades, lo que ocasiona redundancia de esfuerzos en la ejecución de programas sectoriales, intersectoriales y/o multisectoriales que, a la larga, no generan impactos tangibles en la población, ni niveles apropiados de eficiencia, confianza, seguridad y legitimidad.

Este escenario de debilidad institucional es propicio para la implementación de una unidad de cumplimiento empoderada que pueda lograr, mediante una metodología de seguimiento cercano, la articulación y el fortalecimiento de capacidades de los actores involucrados para el logro de sus fines.

- En lo que se refiere a la identificación de los actores involucrados en la reducción de la DCI en Río Tambo, se logró identificar a más de 40 actores y sus niveles de importancia, involucramiento e influencia. Asimismo, se ha podido observar, desde el nivel provincial hasta el distrital, que los principales actores involucrados para este fin no han establecido espacios de coordinación y dialogo necesarios para articular una estrategia que desde su marco conceptual define claramente que debe ser intersectorial y multisectorial. Por su parte, la Red Salud Satipo, la UGEL y los gobiernos locales no han institucionalizado mecanismos que

permitan aprovechar las capacidades y recursos que cada uno posee, con el fin de evitar la duplicidad de esfuerzos o la sobrecarga de responsabilidades.

En ese escenario, todo esfuerzo de coordinación y articulación se debe a funcionarios que de manera espontánea deciden realizar actividades dentro de su nivel y marco normativo; por tal motivo, al producirse una rotación de puestos en cualquiera de las entidades, los cuales son constantes, estas iniciativas se pierden y es más difícil volverlas a emprender. Incluso dentro de las mismas organizaciones, el planeamiento y las coordinaciones para su ejecución se realizan de forma encapsulada dentro de cada gerencia u organismo adscrito a la institución, originando que cualquier iniciativa presentada no sea respaldada o interiorizada por el resto del sistema.

El desconocimiento de las entidades estatales de las condiciones previas, capacidades requeridas o condiciones mínimas para su instalación y funcionamiento en áreas rurales, así como la falta de procesos sistematizados sectoriales e intersectoriales para una adecuada articulación y coordinación, parecen haberse convertido en el centro de gravedad del problema. En ese sentido, la implementación de una unidad de cumplimiento permitirá cerrar las brechas de las capacidades estatales⁹ requeridas para afrontar problemas complejos como la DCI en zonas rurales con escasa presencia del Estado.

- La identificación durante el trabajo de campo de factores que afectan negativa como positivamente la reducción de la DCI en Río Tambo, y la comparación con los factores identificados en estudios de investigaciones previas durante la fase de revisión de la literatura, permitió confirmar su persistencia a lo largo de los años. A pesar de ser factores conocidos, como por ejemplo la ausencia de servicios con pertinencia intercultural o la falta de médicos o de servicios de agua y saneamiento, son muy poco significativos los avances que el Estado ha logrado al respecto.

A pesar que existe voluntad política del gobierno para reducir las cifras de la DCI no se asignan los fondos necesarios para atender al 100% de la población con niños afectados en la localidad de Río Tambo. Además, no se avanza con proyectos de inversión relacionadas al tema del agua y saneamiento, a pesar que en el Banco de Proyectos del MEF desde hace más de seis años se encuentran 53 Proyectos de inversión pública (PIP) viables sin financiamiento para obras de ese tipo en el distrito.

⁹ La descentralización de los servicios educativos y sanitarios hacia un plano subnacional tiene como tarea primordial su articulación con la descentralización política, administrativa y fiscal. Además hay que enfrentar la continua falta de capacidad que agobia a las provincias y, más aún, a los municipios y comunas. En ese sentido, la recepción de servicios sociales complejos no debe conducir a malos desempeños que inducirían mayores desigualdades regionales a las ya existentes (Repetto, 2004).

Por el lado de los factores que pueden afectar positivamente la reducción de la DCI, se debe aprovechar la organización jerárquica de las comunidades nativas representadas por los jefes de Comunidad, a quienes todos los pobladores respetan y obedecen. Esta fortaleza no está siendo manejada bajo una política local que reúna, capte y convenza la participación y aprobación de los mismos, sin los cuales cualquier estrategia que quiera ejecutar el Estado carecería de apoyo y estaría condenada al fracaso. Asimismo, la conexión fluvial que existe entre todas las comunidades de Río Tambo, sin excepción, debería ser aprovechada mediante el incremento de medios fluviales como plataformas de acción social itinerantes.

- Acerca de la viabilidad, factibilidad y posibilidad de la implementación de una unidad de cumplimiento en el distrito de Río Tambo para la reducción de la DCI, se ha determinado, que, a pesar de las diferentes ideas de los expertos entrevistados sobre su organización, dependencia, temporalidad y modo de operar, existe una gran coincidencia sobre la importancia de intervenir de manera especial en un territorio con condiciones adversas ante una situación de alta complejidad como es la DCI. El consenso sobre la focalización y la especialización del problema da luces sobre la urgencia de una intervención novedosa que obtenga resultados. Cabe mencionar que la propuesta original del presente trabajo de investigación se mantiene firme en lo que respecta a la estructura de la unidad de cumplimiento, a sus relaciones funcionales, a su dependencia de la UCG de la PCM y a la metodología que se debe aplicar en el campo, debido a que se adapta a las necesidades para la solución del problema como se ha podido apreciar en el desarrollo metodológico.
- En lo que respecta a las condiciones previas que deben existir para la creación de una unidad de cumplimiento para la reducción de la DCI en el distrito de Río Tambo, muchas de las preocupaciones de los entrevistados han sido previstas por la metodología, como son la identificación de los indicadores, el diseño de procesos claros y sencillos, así como la determinación de los responsables de cada proceso. Asimismo, los perfiles de los integrantes de la unidad de cumplimiento y sus relaciones funcionales son piezas claves para el éxito de su gestión.

Algunos aspectos inesperados que surgieron en los comentarios de algunos de los expertos son acerca del escepticismo, no sobre la propuesta sino respecto de las condiciones previas para implementarla con lo cual coinciden los autores de la presente investigación. Se debe efectuar un trabajo previo entre los actores involucrados, llegar a consensos y acuerdos antes de instalar un nuevo actor que podría ser rechazado.

Cabe recordar que la lucha contra la DCI necesita de la participación activa de la población afectada. Si ella no está comprometida en la solución del problema, toda acción o inversión por parte del Estado será estéril; por lo tanto, todo diseño de política pública, estrategias o

planes de acción deben pasar previamente por un diálogo y consenso entre las autoridades y la población, en particular cuando se trata de poblaciones indígenas y su excepcional manera de interpretar el mundo.

2. Recomendaciones

- Más allá de la propuesta principal y de algunos lineamientos de acción que se han documentado en el presente trabajo de investigación, se propone profundizar en temas que han quedado pendientes de dilucidar para investigaciones posteriores como, por ejemplo, la influencia de los programas sociales en los índices de DCI, la existencia de familias saludables en medio de comunidades anémicas viviendo todos en las mismas condiciones de precariedad, o la efectividad del PAN en una zona donde la prevalencia de DCI siempre es alta.
- Asimismo, sería de gran utilidad investigar sobre estrategias para el fortalecimiento de capacidades estatales en zonas rurales dispersas que permitan que las estrategias, planes y programas puedan instalarse y operar sobre una base firme y una estructura que los haga sostenibles.

Bibliografía

Aguilar, L. (1993). “Estudio introductorio”. En: Aguilar, L., comp. (1993). *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Vol. 3. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Alcázar, L.; Ocampo, D.; Huamán-Espino, L.; Aparco, J. (2013). “Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú”. En: *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(4).

Alessandro, M.; Lafuente, M.; y Santiso, C. (2014). *Gobernar para cumplir con los ciudadanos El rol del Centro de Gobierno en América Latina y el Caribe*. Nueva York: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Fecha de consulta: 10/04/2017. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6674/ICS_MON_Gobernar_para_cumplir_con_los_ciudadanos.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Barber, M. (2011). *Deliverology 101*. California: Corwin.

Barber, M. (2015). *How to run a government. So that citizens benefit and taxpayers don't go crazy*. Londres: Penguin Random House UK.

Barrios, C.; Lampoglia, T. y Agüero, R. (2009). *Guía de orientación en saneamiento básico para alcaldes de municipios rurales y pequeñas comunidades*. Lima: Organización Panamericana de la Salud (OPS) / ONG Asociación Servicios Educativos Rurales (SER).

Beltrán, A. y Chong, A. (2017). “Delivery Units: Oportunidades y lecciones aprendidas para el caso peruano”. En: *focoeconomico.org*. [Blog]. 10 de marzo de 2017. Fecha de consulta: 06/05/2017. Disponible en: <<http://focoeconomico.org/2017/03/10/delivery-units-oportunidades-y-lecciones-aprendidas-para-el-caso-peruano/>>.

Beltrán, A. y Seinfeld, J. (2009). “Documento de Discusión DD/09/14 Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente”. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Beltrán, A. y Seinfeld, J. (2011). “Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú”. En: *Apuntes, Revista de Ciencias Sociales*. Vol. XXXVIII, N°69, segundo semestre 2011. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Bonifaz, J. (2017). “El Delivery Unit de la PCM por José Luis Bonifaz [Opinión]”. En: *elcomercio.pe*. [En línea]. 27 de enero de 2017. Fecha de consulta: 05/05/2017. Disponible en: <<http://elcomercio.pe/economia/opinion/delivery-unit-pcm-jose-luis-bonifaz-opinion-401691>>.

Cáritas del Perú y Repsol. (2008). *Línea de Base del Proyecto Apoyo Repsol a Comunidades Indígenas de las Cuencas del Río Tambo. Estado de Salud y Nutrición del Niño en Comunidades del Río Tambo 2008*. Lima: Cáritas del Perú y Repsol.

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan). (2012). *Guía para la formulación de planes de desarrollo concertado regional y local*. Octubre 2012. Lima: Ceplan - Ministerio Federal de Desarrollo y Cooperación Económica de Alemania.

Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR). (2003). *Informe final*. Lima: CVR.

Congreso de la República. (2007). “Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo”. En: *Diario Oficial El Peruano*. [PDF]. 20 de diciembre de 2007. Fecha de consulta: 01/07/2017. Disponible en: <<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29158.pdf>>.

Defensoría del Pueblo. (2008). *La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado. Informe Defensorial N°134*. Lima: Defensoría del Pueblo.

Defensoría del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial N°169*. Lima: Defensoría del Pueblo.

Diario Gestión. (2016). “Zavala anunció que Unidad de Cumplimiento de gobierno operará desde 1 de enero de 2017”. En: *gestión.pe*. [En línea]. 30 de noviembre de 2016. Fecha de consulta: 09/05/2017. Disponible en: <<http://gestion.pe/politica/zavala-anuncio-que-unidad-cumplimiento-gobierno-operara-desde-1-enero-2017-2176074>>.

Diario La República. (2017). “Kuczynski: Quiero hacer una revolución social en el Perú”. En: *larepublica.pe*. [En línea]. 26 febrero 2017. Fecha de consulta: 13/04/2017. Disponible en: <<http://larepublica.pe/impres/politica/851747-kuczynski-quiero-hacer-una-revolucion-social-en-el-peru>>.

Diario Oficial El Peruano. (2017). “Suscriben pacto para reducir la anemia y desnutrición infantil”. En: *elperuano.com.pe*. [En línea]. 11 de febrero de 2017. Fecha de consulta: 22/12/2016. Disponible en: <<http://www.elperuano.com.pe/noticia-suscriben-pacto-para-reducir-anemia-y-desnutricion-infantil-51014.aspx>>.

Diario Perú 21. (2015). “Perú: El 80% de niños asháninkas menores de 5 años padece de desnutrición [Fotos]”. En: *peru21.pe*. [En línea]. 08 de diciembre de 2015. Fecha de consulta: 22/11/2016. Disponible en: <<http://peru21.pe/actualidad/peru-80-ninos-ashaninkas-menores-5-anos-padece-desnutricion-fotos-2233941>>.

Embajada Británica, Lima. (2017). “Sir Michael Barber asesoró la Unidad de Cumplimiento de la PCM para brindar resultados tangibles”. En: *gov.uk*. [En línea]. 07 de febrero de 2017. Fecha

de consulta: 17/05/2017. Disponible en: <<https://www.gov.uk/government/world-location-news/350756.es-419>>.

Flores, R. y Rojas, C. (2007). *Impacto de una intervención en seguridad alimentaria. Evaluación final del Programa Redesa*. Lima: CARE-Perú y USAID-Perú.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2008). *Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe, Guías para Líneas de Acción*. Panamá: Unicef Tacro.

Gamio, F. (2012). “Lo que impide la reducción de la desnutrición crónica infantil no es la falta de recursos, es no poder llegar con todo lo necesario al mismo tiempo y al mismo lugar”. En: *Blog de noticias de inversionenlainfancia.net*. Lima: Organización Inversión en la Infancia. Edición 86, octubre 2012. [En línea]. Fecha de consulta: 03/01/2017. Disponible en: <<http://inversionenlainfancia.net/blog/entrevista/200>>.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). *Perú. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares)*. Lima: INEI. [PDF]. Agosto 2016. Fecha de consulta: 23/02/2017. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf>.

Kohli, J. y Moody, C. (2016). “What is a delivery unit?”. En: *Deloitte. Delivery results series*. [En línea]. Julio de 2016. Fecha de consulta: 15/04/2017. Disponible en: <<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/public-sector/us-fed-what-is-a-delivery-unit.pdf>>.

Leguía, J. (2016). “Unidad de Cumplimiento del Gobierno (UCG). Facilitando el logro de las prioridades del Gobierno”. En: *minsa.gob.pe*. [PDF]. Fecha de consulta: 08/05/2017. Disponible en: <<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/8%20PCM%20Unidad%20Cumplimiento.pdf>>.

Martínez, R. y Fernández, A. (2009). *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Naciones Unidas.

Mejía, A. (2011). *Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en el Perú: Estudio de caso preparado para CARE- Perú*. Lima: CARE Perú.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (Midis). (2014a). *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: “Incluir Para Crecer”*. Aprobada por D.S. N° 008-2013-MIDIS. Octubre 2014. Lima: Midis.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (Midis). (2014b). “Resolución Ministerial N°227-2014 MIDIS”. En: *midis.gob.pe*. [PDF]. 25 de septiembre de 2014. Fecha de consulta: 11/12/2017. Disponible en: <www.midis.gob.pe/index.php/es/.../3486-resolucion-ministerial-n-227-2014-midis>.

Ministerio de Salud (Minsa). (2011). *Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R.M. N°990-2010/MINSA*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (Minsa). (2014). “Resolución Ministerial N° 411-2014/Minsa que establece las Orientaciones para el Fortalecimiento de la Labor del Agente Comunitario de Salud”. En: *busquedas.elperuano.com.pe*. [En línea]. 04 de junio de 2014. Fecha de consulta: 10/12/2017. Disponible en: <<http://busquedas.elperuano.com.pe/download/url/aprueban-documento-tecnico-orientaciones-para-el-fortalecim-rm-n-411-2014minsa-1091981-3>>.

Municipalidad Distrital de Río Tambo. (2015). “Actualización del Plan de Desarrollo Concertado Distrital del Río Tambo 2015-2021”. En: *muniriotambo.gob.pe*. [En línea]. Fecha de consulta: 12/02/2017. Disponible en: <<http://muniriotambo.gob.pe/home/documentos/PDC1.pdf>>.

Municipalidad Provincial de Satipo. (2009). *Plan de Desarrollo Concertado Provincial Satipo 2008-2021*. Satipo: Municipalidad Provincial de Satipo. [En línea]. Fecha de consulta: 12/02/2017. Disponible en: <<https://es.scribd.com/document/211729668/PDC-SATIPO-2008-2021>>.

Municipalidad Provincial de Satipo. (2016). *Memoria Institucional Anual 2016*. Satipo: Municipalidad Provincial de Satipo. [En línea]. Fecha de consulta: 15/11/2016. Disponible en: <<http://www.munisatipo.gob.pe/images/portalttransparencia/2017/MEMORIA2016.pdf>>.

Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. (2005). “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú”. En: *acnudh.org*. [PDF]. E/CN.4/2005/51/Add.3. 04 de febrero de 2005. Fecha de consulta: 03/04/2017. Disponible en: <<http://acnudh.org/wp-content/uploads/2005/02/Informe-relator-sobre-disfrute-salud-f%C3%ADsica-y-mental-misi%C3%B3n-al-Per%C3%BA-febrero-2005.pdf>>.

Oficina de Prensa e Imagen Institucional (PCM). (2017). “Fernando Zavala presenta en Consejo de Ministros la Unidad de Cumplimiento de Gobierno”. En: *pcm.gob.pe*. [En línea]. 25 de enero de 2017. Fecha de consulta: 30/05/2017. Disponible en: <<http://www.pcm.gob.pe/2017/01/fernando-zavala-presenta-en-consejo-de-ministros-la-unidad-de-cumplimiento-de-gobierno/>>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2014). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2013. Hambre en América Latina y el Caribe: acercándose a los Objetivos del Milenio*. Roma: FAO.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre Gobernanza Pública: Perú Gobernanza integrada para un crecimiento inclusivo*. París: Editions OCDE. [En línea]. Fecha de consulta: 03/01/2017. Disponible en: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/governance/estudios-de-la-ocde-sobre-gobernanza-publica-peru_9789264265226-es#.WSruqvkl_IU#page24>.

Ortegón, E.; Pacheco, J. y Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Presidencia del Consejo de Ministros (2007). “Decreto Supremo N° 027-2007-PCM. Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional”. En: *Diario Oficial El Peruano*. [PDF]. 22 de marzo de 2007. Fecha de consulta: 02/07/2017. Disponible en: <<http://sc.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/files/politicas/marcolegal/DS-027-2007-PCM.pdf>>.

Repetto, F. (2004). *Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina*. Serie de documentos de trabajo I-52. New York: BID. Fecha de consulta: 02/07/2017. Disponible en: <[https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1173/Capacidad%20Estatad%20requisito%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20Pol%C3%ADtica%20Social%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20\(I-52\).pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1173/Capacidad%20Estatad%20requisito%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20Pol%C3%ADtica%20Social%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20(I-52).pdf?sequence=1)>.

Ríos, C. (2012). “Metodología de Gestión del Cumplimiento: Experiencia de la Primera ‘Delivery Unit’ en Chile”. En: *Seminario OEA “Experiencias Innovadoras en Gestión Pública Efectiva y Estrategias de Cooperación Regional”*. [En línea]. 21 de septiembre de 2012. Fecha de consulta: 17/05/2017. Disponible en: <<https://www.oas.org/es/sap/dgpe/docs/seminario/Sr.%20Carlos%20R%C3%ADos%20-%20Chile.pdf>>.

Román, Y.; Rodríguez, Y.; Gutiérrez, E.; Aparco, J.; Gómez, I.; Fiestas, F. (2014). *Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte*. Lima: Instituto Nacional de Salud (INS) - Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP).

Sánchez, C. y Maldonado, P. (1996). *Manual para la elaboración de políticas públicas*. México: Plaza y Valdés.

Shostak, R. (2015). “To be a delivery unit, or not to be a delivery unit. That is the question”. En: *Governance for Development*. [En línea]. 22 de julio de 2015. Fecha de consulta: 17/05/2017. Disponible en: <<http://blogs.worldbank.org/governance/print/be-delivery-unit-or-not-be-delivery-unit-question-07/22/2015>>.

Shostak, R.; Watkins, J.; Bellver, A.; John-Abraham, I. (2014). “When might introduction of a delivery unit be the right intervention?” En: *Governance & Public sector management*. Junio 2014. Fecha de consulta: 11/05/2017. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/PUBLICSECTORANDGOVERNANCE/Resources/285741-1368636830774/When_Might_the_Intro_of_a_DU_Be_the_Right_Intervention_FINAL.pdf>.

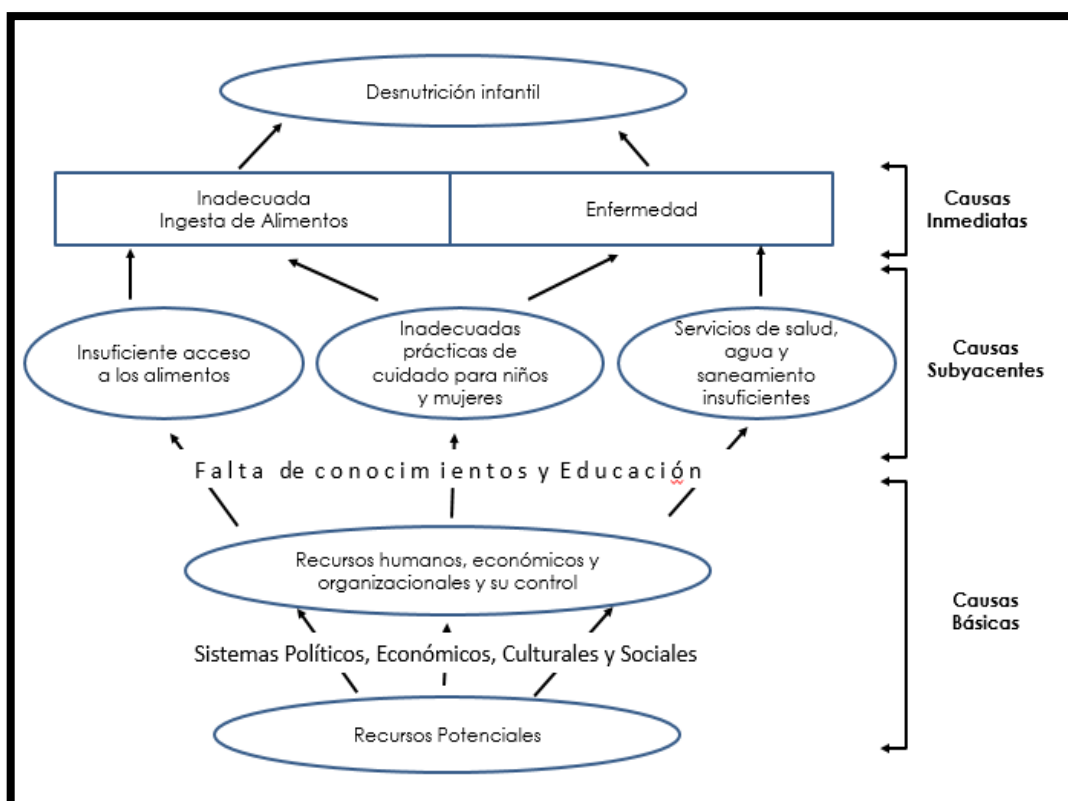
Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales (UCPS), Dirección Nacional Del Presupuesto Público (DNPP), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2009). “Proyecto Swap Juntos: Resultados en Nutrición. Diagnóstico Social Sobre la Inclusión de Hogares Indígenas en el Programa Juntos y los Servicios Nutricionales y de Salud Preventiva Asociados (Documento preliminar)”. Documento de trabajo.

Webb, R. (2013). *Conexión y despegue rural*. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Instituto del Perú.

Webb, R. (2016). “Navegando de noche”. En: *elcomercio.pe*. [En línea]. 21 de febrero de 2016. Fecha de consulta: 13/11/2017. Disponible en: <<http://elcomercio.pe/opinion/rincon-del-autor/navegando-noche-richard-webb-noticia-1925777>>.

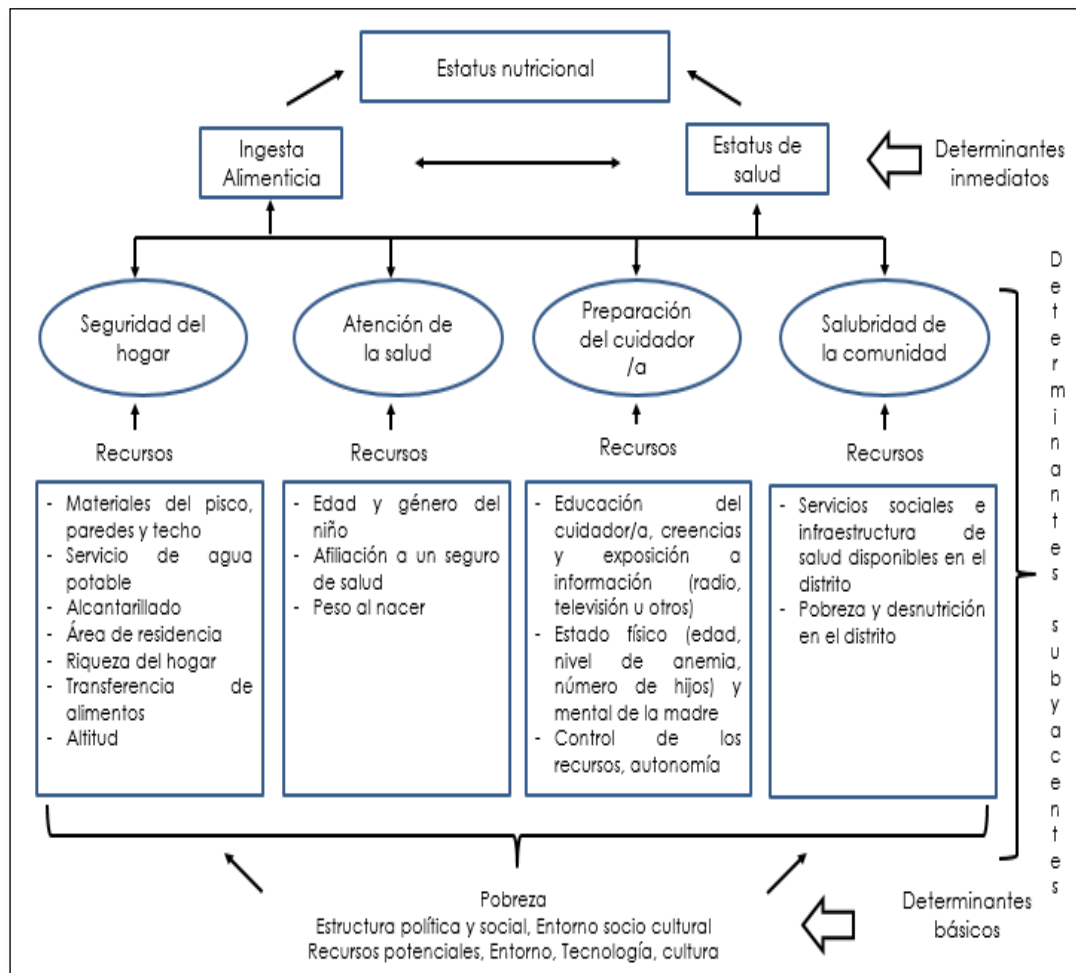
Anexos

Anexo 1. Marco conceptual de Unicef sobre la desnutrición infantil



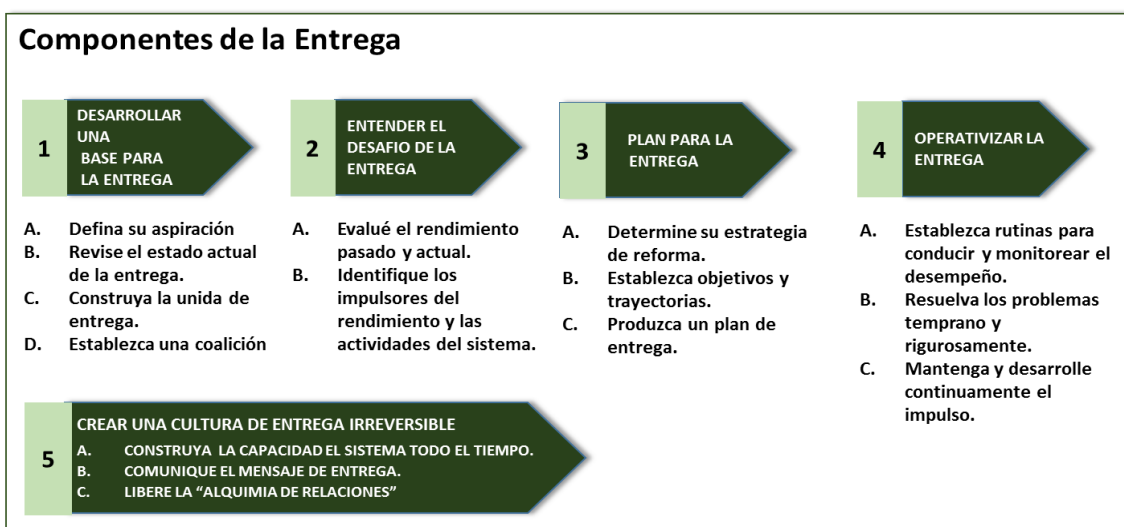
Fuente: Unicef, 2008.

Anexo 2. Marco conceptual adaptado



Fuente: Beltrán y Seinfeld, 2009.

Anexo 3. Componentes de la metodología delivery unit



Fuente: Barber, 2011.

Anexo 4. Entrevistas realizadas durante el estudio de campo

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)

1. Directora General de Coordinación de Prestaciones Sociales
2. Directora de Articulación de Prestaciones Sociales

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MMPV)

3. Directora de Políticas sobre Niñas, Niños y Adolescentes

Ministerio de Salud (Minsa)

4. Directora General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (MINSA)

Ministerio de Cultura

5. Antropólogo del Viceministerio de Asuntos Interculturales

Red Salud-Satipo

6. Directora de la Red-Salud Satipo
7. Sub-Director de la Red Salud-Satipo
8. Jefe de Recursos Humanos Red Salud-Satipo
9. Jefe de Presupuesto de la Red-Salud-Satipo
10. Jefe de la Oficina de Estadísticas de la Red-Salud Satipo

Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki – Satipo

11. Jefe del CRED
12. Personal de Enfermeras Área Nutrición (dos personas)

Puesto de Salud Puerto Ocopa-Río Tambo

13. Jefe del Puesto de Salud
14. Nutricionista
15. Psicóloga
16. Enfermera encargada del CRED
17. Enfermera área nutrición

Puesto de Salud de Sheboja-Río Tambo

18. Jefe del Puesto de Salud

Puesto de Salud de Poyeni-Río Tambo

19. Jefe del Puesto de Salud

Municipalidad Distrital de Río Tambo

20. Alcalde
21. Gerente Municipal
22. Gerente de Infraestructura, Desarrollo Urbano y Rural
23. Gerente de Salud Pública
24. Gerente de Pueblos Indígenas y Amazónicos
25. Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
26. Jefe del Puesto de Salud Satélite de Puerto Prado
27. Encargado del Programa Vaso de Leche
28. Regidor Municipio

Municipalidad Provincial de Satipo

29. Gerente de Desarrollo de Pueblos Indígenas
30. Gerente de Desarrollo Social

UGEL-Satipo

31. Jefe de Educación Bilingüe Intercultural

Autoridades Nativas Río Tambo

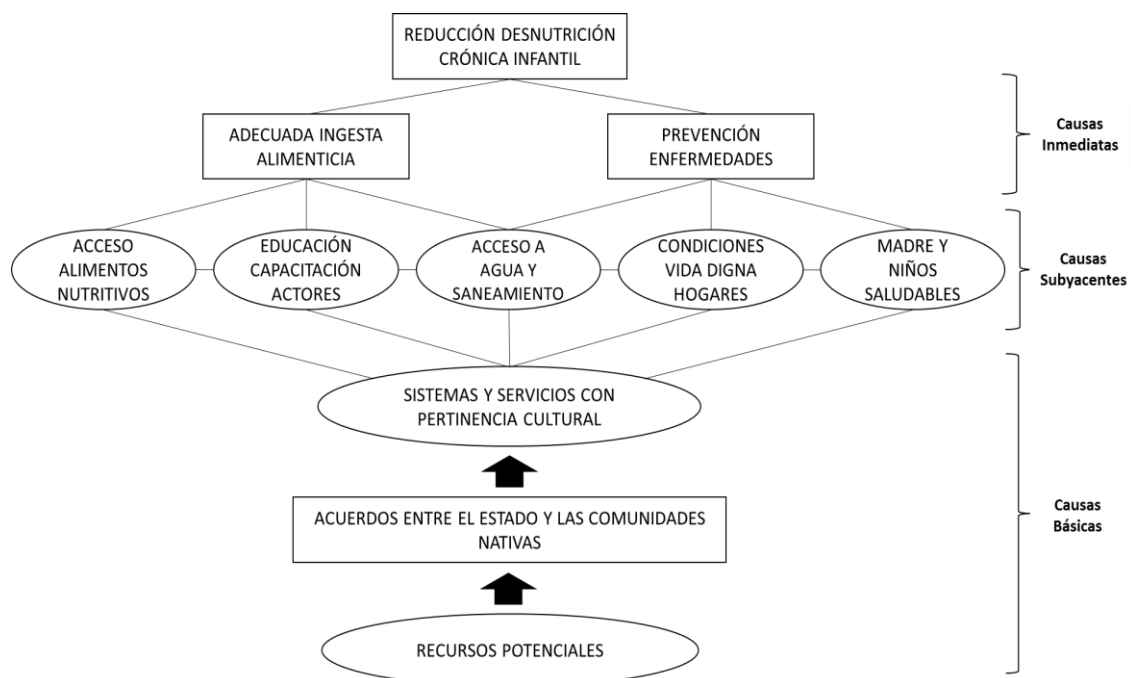
32. Jefe de Comunidad Nativa Cutivireni
33. Jefe de Comunidad Nativa Pampa Alegre
34. Jefe de comunidad Nativa Kirishari
35. Jefe de los Comités de Autodefensa del Río Ene

ONG CARE-PERÚ

36. Gerente del Programa Agua y Saneamiento

Población

Anexo 5. Marco conceptual adaptado para la reducción de la DCI en Río Tambo



Fuente: Unicef, 2008; Beltrán y Seinfeld, 2009.
Elaboración: Propia, 2017.

Anexo 6. Mapeo de actores

ANEXO: IDENTIFICACIÓN DE ACTORES														
			CAUSAS SUBYACENTES					CAUSAS BÁSICAS				SITUACIÓN DEL ACTOR		
SECTORES/ OTROS AFINES	NORMAS	ACTORES	ACCESO A ALIMENTOS NUTRITIVOS	MADRE Y NIÑO SALUDABLE	CONDICIONES VIDA DIGNA HOGARES	ACCESO A AGUA Y SANEAMIENTO	EDUCACIÓN CAPACITACIÓN	RRHH	RECURSOS ECONÓMICOS	CULTURA	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	IMPORTANCIA A 5	INVOLUCRAMIENTO A 5	INFLUENCIA 1 A 5
MINISTERIO DE SALUD	Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2016 Plan de Salud Escolar Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Estrategia Alimentación y Nutrición Saludable Estrategia Salud de los Pueblos Indígenas	CENSI					X			X		2	4	4
		DIRESA		X				X	X			1	3	4
		RED SALUD		X				X	X			1	1	3
		PUESTO DE SALUD	X	X			X					1	1	3
		AISPED		X								2	3	4
MUNICIPALIDAD RIO TAMBO	Plan de Desarrollo Concertado Local Ley Orgánica de Municipalidades	ALCALDE			X	X		X	X		X	1	1	3
		CENTRO VIGILANCIA		X			X					1	3	3
		AGENTES COMUNITARIOS		X			X			X		1	3	4
		PUESTO DE SALUD SATELITE		X			X					2	3	3
		BOTIQUÍN COMUNAL		X								2	3	4
		GERENCIA DESARROLLO Y SALUD			X	X	X	X	X			2	2	3
		GERENCIA PUEBLOS INDÍGENAS					X			X		2	3	4
		VASO DE LECHE	X									2	2	3
		ATM				X						1	4	5
MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	Estrategia Incluir para Crecer	JASS			X	X						1	4	5
		QALIWARMA	X									1	2	3
		JUNTOS			X				X			2	2	3
		FONCODES			X	X						2	4	4
		FONIE				X						3	4	4
		FED							X			3	3	4
		SELLO MUNICIPAL									X	4	3	5
COMUNIDADES NATIVAS		ASOCIACIONES (ARPISC)	X	X						X	X	1	4	2
		JEFEs DE COMUNIDAD	X	X						X	X	1	4	1
MINISTERIO DE CULTURA		POBLACIÓN	X	X						X		1	4	1
		VICE MINISTERIO DE INTERCULTURALIDAD					X			X		1	5	5
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Estrategia Aprende Saludable Plan Nacional de Educación Intercultural Bilingüe	UGEL						X	X			1	4	3
		EBI					X			X		1	4	5
		INSTITUCIONES EDUCATIVAS	X				X			X		1	4	3
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS	Presupuesto por Resultados Programas Estratégicos	PAN							X			1	3	2
		MATERNAL NEONATAL							X			1	3	2
		PIM							X			2	3	3
MINISTERIO DE VIVIENDA	Programa Nacional de Saneamiento Rural	PLAN NACIONAL DE INVERSIONES			X	X						1	5	5
RENIEC		BRIGADAS ITINERANTES		X							X	1	3	3
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y RIEGO	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021 Estrategia Nacional de lucha contra la Tala Ilegal	AGRO RURAL	X									1	5	5
		SERFOR	X									1	5	5
		ANA	X									1	5	5
PCM	Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas	DEVIDA (DAS-SATIPO) OSINFOR (PROMOTORES)	X									1	4	4
MUNICIPALIDAD SATIPO	Plan de Desarrollo Concertado Distrital	GERENCIA PUEBLOS INDÍGENAS									X	2	3	4
GOBE-JUNIN	Plan de Desarrollo Concertado Regional	GERENCIAS REGIONALES				X		X	X			2	5	4
ILÍCITOS/ INFORMALIDAD		NARCO/TALA ILEGAL	X									1	1	1
		RELAVES MINEROS	X									1	1	1
MTC	Proyectos Especiales	PROVIAS			X							2	3	4
		FTTEL			X		X					2	4	4
MEM	Programa Nacional Electrificación Rural	PNER			X							2	4	4
MINAM		SERNANP	X									1	4	4

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 7. Principales actividades del sistema

Causas de la DCI	Principales actividades del sistema	Medios Principales	Entidad responsable	Propuesta de la unidad de cumplimiento
Causas básicas	Acuerdo con comunidades nativas	Plan de Desarrollo Concertado Local	Municipalidad Distrital de Río Tambo	Implementar
	Servicios con pertinencia intercultural	Estrategia de Salud de los Pueblos Indígenas	Ministerio de Salud (Minsa)	Fortalecer
Causas subyacentes	Acceso a alimentos nutritivos	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021	Ministerio de Agricultura (Minag)	Fortalecer
	Madres y niños saludables	Estrategia Incluir para Crecer	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)	Fortalecer
		Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2016	Ministerio de Salud (Minsa)	Fortalecer
	Condiciones de vida digna en los hogares	Foncodes/Fonie/PNSR/PNER	MVCS/Midis/Minem	Fortalecer
	Acceso a agua y saneamiento	Programa Nacional de Saneamiento Rural	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS)	Fortalecer
	Educación y capacitación	Estrategia Aprende Saludable Plan Nacional de Educación Intercultural Bilingüe	Ministerio de Educación (Minedu)	Fortalecer

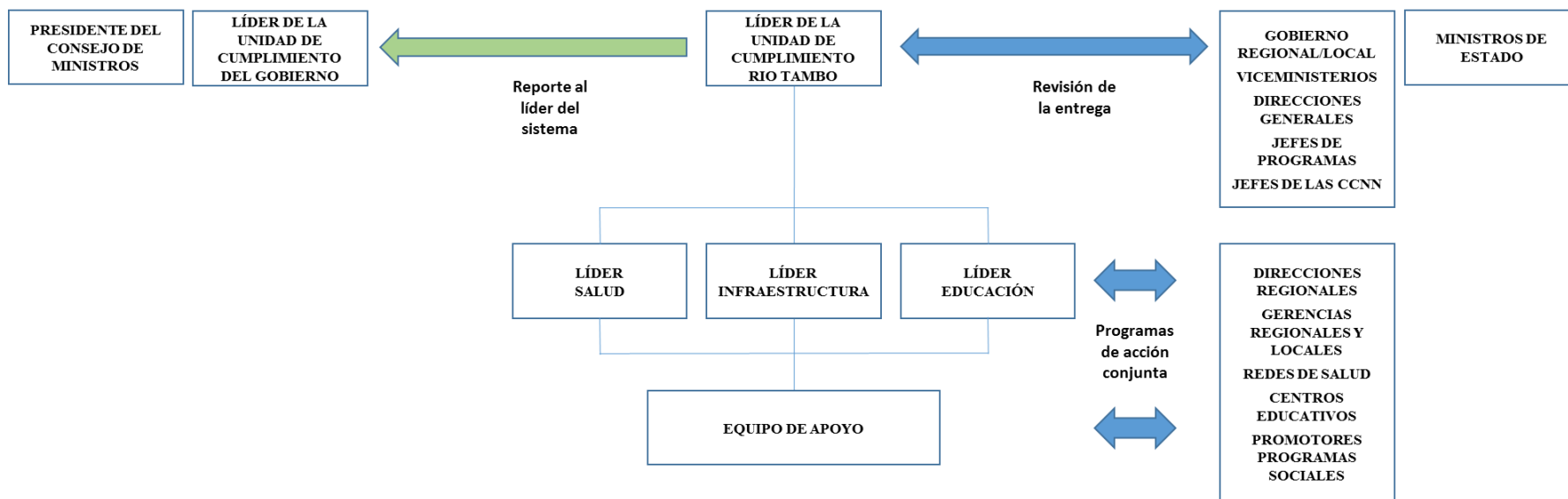
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 8. Conformación de la unidad de cumplimiento

Principales actividades del sistema	Responsables de la unidad de cumplimiento	Competencias principales	Funciones principales
Acuerdo con comunidades nativas	01 Líder del Sistema	Negociación Evaluación de Programas Sociales	Reportar al a UCG de la PCM
Servicios con pertinencia intercultural			Gestionar relaciones con los líderes de instituciones involucradas
Acceso a alimentos nutritivos	01 Líder del Equipo de Salud	Experto en DCI y Salud Intercultural	Trabajar directamente con los responsables de las actividades de entrega del sistema Liderar solución de problemas en áreas asignadas Desarrollar y diseñar técnicas de entrega
Madres y niños saludables			
Condiciones de vida digna en los hogares	01 Líder del Equipo de Infraestructura	Experto en Proyectos de Inversión Pública	
Acceso a Agua y Saneamiento			
Educación y capacitación	01 Líder del Equipo de Educación y Capacitación	Experto en Educación Intercultural	
	02 Equipo de Apoyo actividades transversales	Análisis datos Administración y logística	Reunir y analizar datos Gestión administrativa

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 9. Organización temática e interacción con el sistema



Fuente: Barber, 2011.
Elaboración: Propia, 2017.

Anexo 10. Candidatos para ser miembros de la coalición

SECTORES/ OTROS AFINES	POSIBLES MIEMBROS COALICIÓN	ALINEAMIENTO CON LA ASPIRACIÓN	POTENCIAL ALINEAMIENTO CON LA ASPIRACIÓN	PODER RELATIVO	TIPO DE PODER	ESFERA DE INFLUENCIA	DIFICULTADES CON OTROS ACTORES
MINSA	DIRECTOR GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	LIDERAZGO EXPERIENCIA	SALUD INTERCULTURAL	NO
MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	VICE MINISTRO DE PRESTACIONES SOCIALES	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	DIRECCIÓN	PROGRAMAS SOCIALES	NO
MINISTERIO DE CULTURA	VICE MINISTERIO DE INTERCULTURALIDAD	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	DIRECCIÓN	COMUNIDADES NATIVAS	NO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	DIRECTOR GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA ALTERNATIVA, INTERCULTURAL, BILLINGUE Y DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL ÁMBITO RURAL	BAJO	ALTO	ALTO	LIDERAZGO	CENTROS EDUCATIVOS	NO
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS	DIRECTOR GENERAL PRESUPUESTO PÚBLICO	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	DIRECCIÓN	PROGRAMAS ESTRATÉGICOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA	NO
	DIRECTOR GENERAL DE INVERSIÓN PÚBLICA						
MINISTERIO DE VIVIENDA	DIRECTOR EJECUTIVO PROGRAMA NACIONAL SANEAMIENTO RURAL	MEDIO	ALTO	MUY ALTO	LIDERAZGO	LOCALIDAD	MUNICIPIO
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y RIEGO	DIRECTOR EJECUTIVO PROGRAMA AGRORURAL	MEDIO	ALTO	ALTO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	NO
MTC	DIRECTOR EJECUTIVO PROVIAS	BAJO	MEDIO	ALTO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	NO
MEM	DIRECTOR EJECUTIVO PROGRAMA NACIONAL ELECTRIFICACIÓN RURAL	BAJO	MEDIO	ALTO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	NO
MUNICIPALIDAD RIO TAMBO	ALCALDE DISTRITAL	MUY ALTO	MUY ALTO	MUY ALTO	LIDERAZGO	POBLACIÓN	GORE
MUNICIPALIDAD SATIPO	ALCALDE PROVINCIAL	MEDIO	MUY ALTO	MUY ALTO	LIDERAZGO CREDIBILIDAD	POBLACIÓN	GORE
GORE-JUNIN	GOBERNADOR REGIONAL	MEDIO	MUY ALTO	MUY ALTO	LIDERAZGO	POBLACIÓN	MUNICIPIOS
	DIRECTOR REGIONAL SALUD	ALTO	MUY ALTO	ALTO	DIRECCIÓN LIDERAZGO	POBLACIÓN	REDES
	DIRECTOR REGIONAL EDUCACIÓN	BAJO	MUY ALTO	ALTO	DIRECCIÓN	POBLACIÓN	UGELES
COMUNIDADES NATIVAS	PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE COMUNIDADES NATIVAS	MUY ALTO	MUY ALTO	ALTO	CREDIBILIDAD	POBLACIÓN	GORE

Fuente: Barber, 2011.

Elaboración: Propia, 2017.

Anexo 11. Métrica objetivo e indicadores principales de la DCI

Aspiración del sistema	Métrica objetivo	Principales actividades del sistema	Indicadores principales
Disminuir la desnutrición crónica infantil en Río Tambo	% de menores con desnutrición crónica	Pacto social comunidades nativas	Actualmente no implementada
		Servicios con pertinencia intercultural	Actualmente no implementada
		Acceso a alimentos nutritivos	% gestantes con anemia
			% de menores con anemia
		Madres y niños saludables	% de menores con bajo peso al nacer
			% menores con lactancia exclusiva
			% de menores con vacunas básicas completas
			% menores con controles CRED completos
			% menores recibieron suplemento de hierro
			% gestantes con controles prenatales
			% gestantes recibieron suplemento de hierro
		Condiciones de vida digna en los hogares	% de hogares con acceso a energía eléctrica
			% de hogares con piso de cemento
			% de hogares con acceso a comunicaciones
		Acceso a agua y saneamiento	% hogares acceso agua potable y alcantarillado
		Educación y capacitación	% familias que reciben consejería sobre prácticas saludables
			% Instituciones educativas, Asociación de Padres de Familia (APAF) capacitadas en buenas prácticas salud
			% Agentes comunitarios de salud que reciben capacitación

Fuente: INEI, 2016.

Elaboración: Propia, 2017.

Anexo 12. Comparación de rendimiento entre distritos

DISTRITO	POBLACIÓN TOTAL	CCNN	POBLACIÓN INDÍGENA	% POBLACIÓN INDÍGENA	% POBLACIÓN SIN AGUA	IDH	TASA DCI % NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
SATIPO	41.939	18	2.713	6,47	43,00	0,4208	11,00
COVIRIALI	6.101	2	299	4,90	61,00	0,3054	16,20
LLAYLLA	6.168	2	660	10,70	51,00	0,2571	20,80
MAZAMARI	62.220	25	4.779	7,68	67,00	0,3756	24,10
PANGO	61.050	50	6.525	10,69	67,00	0,2212	33,80
PAMPA HERMOZA	10.414	2	330	3,17	76,00	0,3111	32,10
RIO NEGRO	28.301	37	9.660	34,13	70,00	0,3510	30,20
RIO TAMBO	36.019	78	25.799	71,63	76,00	0,2599	53,00
TOTAL PROVINCIAL	252.212	214	50.765	20,13	61,00	0,3322	34,60

Fuente: Municipalidad Provincial de Satipo, 2009; Municipalidad Distrital de Río Tambo, 2015; Municipalidad Provincial de Satipo, 2016.

Elaboración: Propia, 2017.

Anexo 13. Principales impulsores de los patrones de rendimiento

Principales Actividades del Sistema	Patrones de Rendimiento que afectan al sistema	Impulsores Principales Nivel 1	Impulsores Principales Nivel 2	Impulsores Principales Nivel 3	Impulsores Principales Nivel 4
Pacto Social Comunidades Nativas	Servicios Públicos sin Pertinencia Cultural	Desconfianza	Promesas Incumplidas	Falta seriedad de propuestas	Intereses personales o grupos de poder
		Dispersión	Falta vías de comunicación	El medio fluvial no es visto como una opción	Falta de visión de las autoridades
Servicios con pertinencia intercultural		Cosmovisión	Hábitos de salud y alimenticios diferentes	Desconocimiento de opciones nutritivas	No se efectúan campañas educativas y capacitación
Acceso a alimentos nutritivos		Discriminación	Falta de comunicación	No hay personal salud bilingüe	No se cumplen las políticas dispuestas
		Sin acceso a alimentos nutritivos	Deforestación y Contaminación	Presencia grupos criminales e informales	Inacción del Estado
Educación y capacitación		Desconocimiento prácticas saludables	No se aplica política educativa intercultural	No existe personal calificado para ese fin	No se ofrecen las condiciones laborales adecuadas
Madres y niños saludables	Oferta Insuficiente de salud	Déficit de Puestos de Salud	Falta Infraestructura	Sin presupuesto	Voluntad política
		Déficit personal salud	Mala distribución Regional	Centralismo	Intereses personales
			Desmotivación	Bajos sueldos	Sin política RRHH
		Material médico insuficiente	Mala distribución Regional	Problemas logísticos	Falta planeamiento
		Medicinas insuficientes	Mala distribución Regional	Problemas logísticos	Falta planeamiento
			Malas condiciones almacén	Déficit equipos de frío	Falta planeamiento
		Alcance geográfico limitado	No hay medios transporte	No se prioriza en los gobiernos locales y regionales	Falta voluntad política
		Centros de Vigilancia Comunal insuficientes	Municipalidad no programa implementación	Insuficiente presupuesto asignado	Falta gestión
Condiciones de vida digna en los hogares	Condiciones de Insalubridad	Déficit capacidad instalada de servicios	Lenta ejecución de proyectos viables	Centralización de la ejecución	Desconfianza de la capacidad técnica del distrito
Acceso a Agua y Saneamiento		Inoperancia de sistemas instalados	Ineficiente mantenimiento y funcionamiento	JASS sin capacitación ni apoyo técnico	Municipalidad no fortalece el ATM

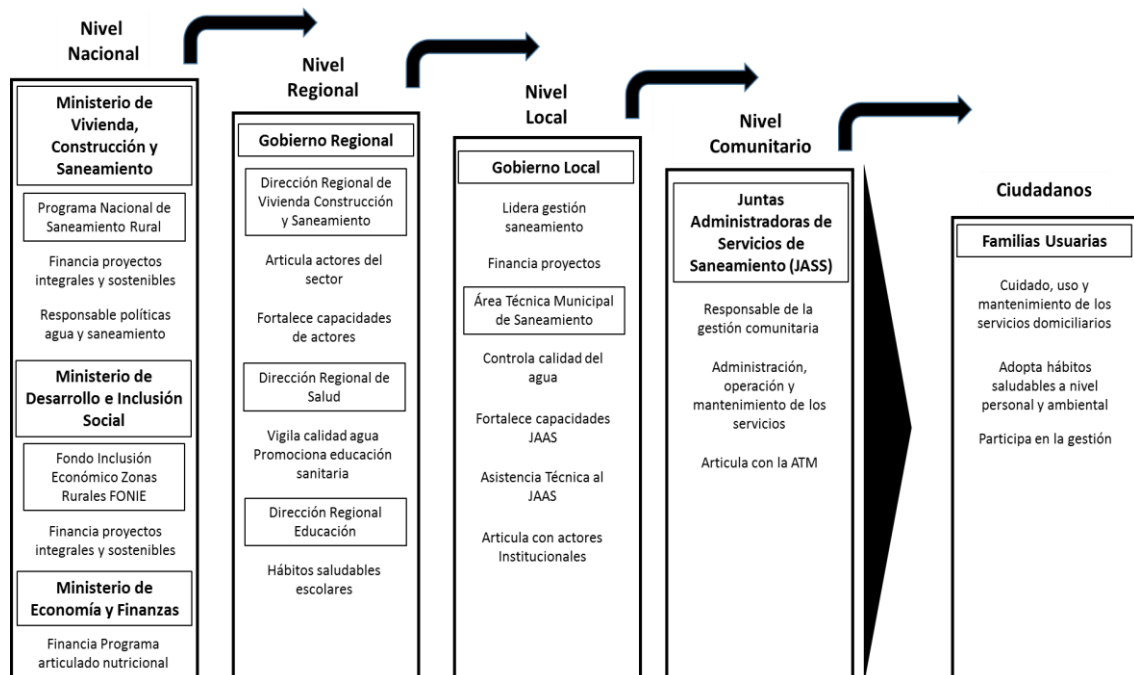
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 14. Actividades del sistema traducidas en medios

Principales Actividades del Sistema	Patrones de Rendimiento que afectan al sistema	Impulsores Principales Nivel 1	Impulsores Principales Nivel 2	Impulsores Principales Nivel 3	Impulsores Principales Nivel 4	Actividades del Sistema traducidas en medios
Acuerdos con Comunidades Nativas	Servicios Públicos sin Pertinencia Cultural	Desconfianza	Promesas Incumplidas	Falta seriedad de propuestas	Intereses personales o grupos de poder	Plan de Desarrollo Concertado Local
		Dispersión	Falta vías de comunicación	El medio fluvial no es visto como una opción	Falta de visión de las autoridades	Plan de Desarrollo Concertado Local
Servicios con pertinencia intercultural		Cosmovisión	Hábitos de salud y alimenticios diferentes	Desconocimiento de opciones nutritivas	No se efectúan campañas educativas y capacitación	Estrategia de Salud de los Pueblos Indígenas
Acceso a alimentos nutritivos		Discriminación	Falta de comunicación	No hay personal salud bilingüe	No se cumplen las políticas dispuestas	Estrategia de Salud de los Pueblos Indígenas
		Sin acceso a alimentos nutritivos	Deforestación y Contaminación	Presencia grupos criminales e informales	Inacción del Estado	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021
Educación y capacitación		Desconocimiento prácticas saludables	No se aplica política educativa intercultural	No existe personal calificado para ese fin	No se ofrecen las condiciones laborales adecuadas	Estrategia Incluir para Crear Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2016
Madres y niños saludables	Oferta Insuficiente de salud	Déficit de Puestos de Salud	Falta Infraestructura	Sin presupuesto	Voluntad política	Programa Articulado Nutricional Programa Multianual de Inversiones
		Déficit personal salud	Mala distribución Regional	Centralismo	Intereses personales	Política de Recursos Humanos MINSA
			Desmotivación	Bajos sueldos	Sin política RRHH	
		Material médico insuficiente	Mala distribución Regional	Problemas logísticos	Falta planeamiento	Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2016
		Medicinas insuficientes	Mala distribución Regional	Problemas logísticos	Falta planeamiento	Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2017
			Malas condiciones almacén	Déficit equipos de frío	Falta planeamiento	Plan Reducción de la DCI y la Prevención de la Anemia en el país, periodo 2014 – 2018
		Alcance geográfico limitado	No hay medios transporte	No se prioriza en los gobiernos locales y regionales	Falta voluntad política	PROVIAS Plan de Desarrollo Concertado Local
		Centros de Vigilancia Comunal insuficientes	Municipalidad no programa implementación	Insuficiente presupuesto asignado	Falta gestión	Plan de Desarrollo Concertado Local
Condiciones de vida digna en los hogares	Condiciones de Insalubridad	Déficit capacidad instalada	Lenta ejecución de proyectos viables	Centralización de la ejecución	Desconfianza de la capacidad técnica del distrito	Programa Nacional de Saneamiento Rural FONCODES FONIE
Acceso a Agua y Saneamiento		Inoperancia de sistemas instalados	Ineficiente mantenimiento y funcionamiento	JASS sin capacitación ni apoyo técnico	Municipalidad no fortalece el ATM	

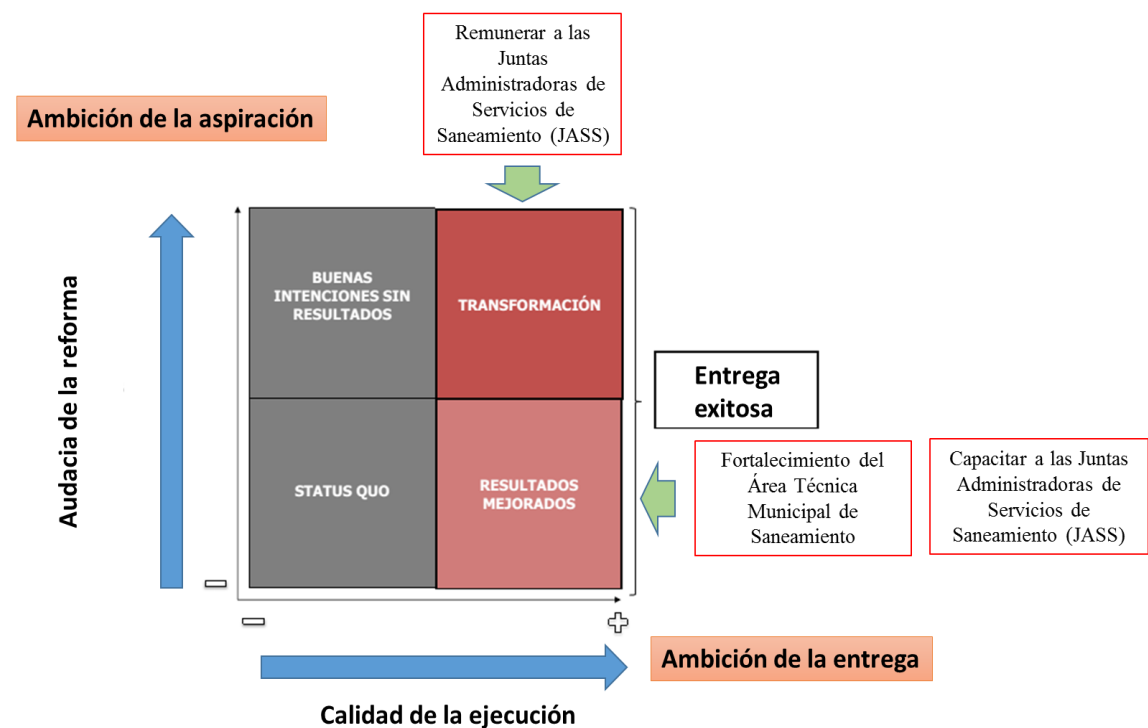
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 15. Cadena de suministro de la actividad “acceso agua y saneamiento”



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 16. Mapa de entrega de la actividad



Fuente: Barber, 2011.
Elaboración: Propia, 2017.

Nota biográfica

Diego Alberto Cornejo Ortiz

Egresó como alférez de Artillería del Ejército del Perú en el año 1992 (bachiller en Ciencias Militares), y realizó la Maestría en Ciencias Militares en la Escuela de Post Grado de la Escuela Superior de Guerra del Ejército (2007). Realizó el diplomado en gerencia y evaluación de proyectos de inversión pública en la Universidad Ricardo Palma, y el Diplomado en Inteligencia Estratégica para el Desarrollo en la Universidad Militar de las Fuerzas Armadas en el Estado Plurinacional de Bolivia. Ha realizado estudios en la Academia Diplomática (2009-2011). Actualmente ostenta el grado de coronel y se desempeña como jefe de la Sub Dirección de Planeamiento Estratégico Militar (mediano y largo plazo) de la Dirección de Planeamiento del Ejército, en el CGE con sede en San Borja.

Pedro Insausti Castro

Egresado el año 1993 como Alférez de Fragata con licenciatura en Ciencias Navales de la Escuela Naval del Perú, calificado en Infantería de Marina. Tiene estudios de postgrado en Estrategia Marítima Naval en la Escuela Superior de Guerra Naval. Actualmente, con 28 años de servicio en la Marina de Guerra del Perú, ostenta el grado de capitán de navío y se desempeña como jefe del Estado Mayor de la Cuarta Zona Naval acantonada en Pucallpa.

Martín Magnani Miranda

Egresado el año 1994 como Alférez de Fragata, licenciado en Ciencias Navales de la Escuela Naval del Perú. Posee el grado de Magíster en Dirección Estratégica y Liderazgo en Centrum Católica. Actualmente, con 27 años de servicio en la Marina de Guerra del Perú, ostenta el grado de capitán de navío se desempeña como jefe de Inversiones de la Dirección de Proyectos Navales de la Marina de Guerra del Perú.